

産婦人科外来問診票

ふりがな

氏名 _____

生年月日 S·H·R 年 月 日

〒

年齢 _____ 歳

住所 _____

携帯番号 _____

自宅番号 _____

勤務先 _____

ご職業 _____

本問診票における個人情報収集は、医療提供を行う為に使用する目的で収集したものであり、

他の目的で使用すること及び第三者に提供・開示することは一切ありません。

また、個人情報について細心の注意と最大限の努力をもって保護・管理を行います。

※当院の個人情報の取り扱い・マイナ保険証による診療情報取得に同意されますか？

はい · いいえ

☆他の医療機関からの紹介状を持っていますか？

はい · いいえ

I どうなさいましたか？（○をつけてください）

a. 子どもが出来ない f. 陰部がかゆい・痛い

b. 月経が止まった g. 性病の心配・検査

妊娠の可能性はありますか？

h. お腹が痛い

はい いいえ

i. 腰が痛い

妊娠検査薬で調べましたか？

j. しこり（腹部・陰部）

はい（____月____日） いいえ

k. 尿が近い

→ 結果：陽性 · 隆性

l. 排尿時痛

c. 月経の異常

m. がん検診

d. 月経と違った出血

n. その他（ ）

e. おりものが多い

ピンク · 褐色 · 黄緑 · 黄色 · 白

II あなたの月経について

①初めての月経はいつでしたか？（歳／小・中・高年）

②最終月経はいつですか？（R年月日～日）

閉経はいつでしたか？（歳）

③月経は順調ですか？

はい（____日周期） · いいえ

→ 月経開始日から次回の月経開始日までの日数

④月経は何日くらい続けますか？（日間）

⑤月経の量はどのくらいですか？ 多い · 普通 · 少ない

⑥月経時、痛み止めは使用しますか？ はい · いいえ

⑦月経時、何か気になることはありますか？ はい · いいえ

↓ 裏面も記入してください ↓

III あなたの結婚・分娩について

- ①セックスの経験はありますか？
②現在、結婚されていますか？ いいえ はい
③妊娠したことはありますか？ いいえ はい (中絶)
- (有・無)
(初婚・再婚)
西暦 年 月
回) (流産 回)

西暦でご記入ください

分娩年月日	妊娠週数	性別	出生児体重	出産した病院	出産方法	その他の異常
・・	週		g		自然分娩・帝王切開	
・・	週		g		自然分娩・帝王切開	
・・	週		g		自然分娩・帝王切開	
・・	週		g		自然分娩・帝王切開	
・・	週		g		自然分娩・帝王切開	

IV 今までにかかった主な病気・手術について（産婦人科以外も）

- ①この1年間で健診(特定検診及び高齢者検診に限る)を受診しましたか？ はい・いいえ
②主な病気はありますか？ はい() : 歳の時)・いいえ
③手術はありますか？ はい() : 歳の時)・いいえ
④現在、飲んでいる薬はありますか？ はい() : 歳の時)・いいえ
⑤今まで薬や注射で副作用を起こした事はありますか？ はい・いいえ
⑥アレルギー体質ですか？ はい・いいえ
⑦ぜんそくにかかった事はありますか？ はい・いいえ
⑧輸血を受けた事はありますか？ はい・いいえ
⑨肝炎・梅毒の検査を受けた事はありますか？ はい・いいえ

V ご家族の中で何か特別な病気の方はいますか

はい（ 遺伝病・高血圧・糖尿病・がん・その他 ）・いいえ

VII あなたの身長・体重・血液型 等

- ①身長 (cm)
②体重 (kg)
③血液型 (RH + - / A · B · O · AB)
④タバコは吸いますか？ はい（ 1日 本 歳～ 歳まで吸っていた ）・いいえ
⑤お酒は飲みますか？ はい（ 1日 を 杯 ）・いいえ

※ 当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力を願いいたします。