

平成 年 月 日
(受付時間: 時 分)

産婦人科問診票

下記の質問にご記入いただき、保険証とともにご提示下さい。*の内容は必要な場合のみご記入ください。

フリガナ
氏名: _____ (男・女) 生年月日: 明・大・昭・平 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (歳)

住所: _____ TEL(自宅): _____ - _____ - _____

TEL(携帯): _____ - _____ - _____

* 体温: _____ °C 以前に当院を受診されたことがありますか はい いいえ

●御来院の目的

- 妊娠 妊娠希望 月経異常 不正出血 腹痛
 おりもの かゆみ 癌検診 性病検査
 ピル希望 その他 ()

●妊娠している可能性はありますか？

- はい (_____ ヶ月) いいえ

* ご自身で妊娠チェックはお済みですか？ はい (妊娠反応: + ・ -) いいえ

●授乳中ですか？ はい いいえ

●今までの妊娠及びお産について

妊娠は全部で _____ 回 そのうち分娩 _____ 回

自然流産は _____ 回 人工妊娠中絶は _____ 回

●月経について

・初めて生理があったのは _____ 歳 * 生理が止まったのは _____ 歳

・生理は… 順調 (周期 _____ 日型 _____ 日間くらい)

最終月経: _____ 月 _____ 日 ~ _____ 月 _____ 日

不順

・生理の量は？ 多い 普通 少ない

・生理痛は？ 無 有 ()

さい。

●今までにかかった病気をチェックして下さい。またそれはいつ頃（または年齢）ですか？

いつ頃

いつ頃

- | | |
|------------------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 虫垂炎 () | <input type="checkbox"/> 肝臓病 () |
| <input type="checkbox"/> 高脂血症 () | <input type="checkbox"/> 心臓病 () |
| <input type="checkbox"/> 高血圧 () | <input type="checkbox"/> 糖尿病 () |
| <input type="checkbox"/> 胃潰瘍 () | <input type="checkbox"/> 喘息 () |
| <input type="checkbox"/> その他 病名 () | いつ頃 () |
| <input type="checkbox"/> 手術をしたことがあればお書き下さい。() | |

●今までに薬や食べ物でアレルギー症状（発疹、気分不快など）を起こしたことがありますか？

- いいえ
- はい・・・わかれば薬・食べ物の名前 ()

●現在、使っている薬はありますか？

- いいえ
- はい・・・わかれば薬の名前 ()

●飲酒歴・喫煙歴をご記入ください

- お酒 : 飲まない
- 飲む → (毎日 ・ 時々 ・ 付き合い程度)
- たばこ : 吸わない
- 吸う → () 歳より、() 本/日

ご協力ありがとうございました。