

産婦人科問診票

年 月 日

診療上重要な情報となりますので産婦人科を受診される方は以下の質問にお答え下さい。

本日はどうされましたか？症状をお書き下さい。(紹介状 ありなし)

1. 氏名 _____
2. 年齢 歳 身長 _____ cm 体重 _____ kg
3. 月経について 初経 _____ 歳 閉経 _____ 歳
最終月経開始日 _____ 年 月 日
月経周期 順調 不順 _____ 日型
月経困難 なし あり (頭痛 腹痛 腰痛 吐き気 その他(_____))
4. 結婚はしていますか 未婚 既婚 離別
5. 性交経験はありますか はい いいえ
6. 妊娠歴 なし あり (妊娠 _____ 回 分娩 _____ 回 流産 _____ 回 中絶 _____ 回)

出産年齢	分娩週数	児性別	児体重	分娩方法	異常の有無
				帝王切開／経膈分娩	有・無
				帝王切開／経膈分娩	有・無
				帝王切開／経膈分娩	有・無

7. タバコは吸いますか いいえ はい (一日 _____ 本 年間)
8. 飲酒はしますか いいえ はい (機会飲酒程度 毎日)
9. 服用している薬はありますか いいえ はい (薬剤名 _____)
10. 手術を受けた事がありますか いいえ はい (手術名 _____)
11. 輸血を受けた事がありますか いいえ はい (時期・理由 _____)
12. 今までに指摘された婦人科の病気はありますか
なし 子宮筋腫 子宮内膜症 子宮腺筋症 子宮奇形 月経異常(_____)
卵巣嚢腫 子宮頸癌・異形成 性感染症 その他(_____)
14. 今までに指摘された病気はありますか
なし 喘息 高血圧 糖尿病 腎疾患 心疾患 肝炎 脳梗塞 脳出血
てんかん 血栓症 精神疾患 血液疾患 癌 甲状腺疾患 その他(_____)
15. 両親・祖父母・兄弟・姉妹に以下の疾患の方はいますか
なし 高血圧 糖尿病 遺伝性疾患 血液疾患 癌 その他(_____)

今回妊娠を主訴に受診された方は以下の質問にお答えください。

- A) 今回の妊娠で不妊治療を受けていますか はい いいえ
- B) 過去3ヶ月以内に以下の項目に当てはまる場合にはチェックをしてください。
発熱 発疹 リンパ節の腫れ 風疹患者との接触 児童との接触が多い仕事をしている

裏面にアレルギーに関する質問が続きます。

アレルギーに関する問診票（産婦人科）

●薬のアレルギーはありますか？ あり なし

ありの場合

風邪薬 痛み止め ピリン系 ペニシリン系

消毒薬 造影剤 局所麻酔

その他（薬品名）[]

●以下の既往はありますか？ あり なし

ありの場合

喘息 [一番最近の発作時期：]

[治療薬：]

アナフィラキシーショック

その他（具体的に）[]

●食べ物のアレルギーはありますか？ あり なし

ありの場合

そば 小麦粉 牛乳 卵 ピーナッツ

えび・かに 牛肉・鶏肉・豚肉・ゼラチン

オレンジ・キウイ・桃・りんご・バナナ・アボガド・クリ・メロンなどの果物

くるみ・大豆・やまいも・松茸 アワビ・イクラ・いか・鮭・さばなどの魚介類

その他（食品名）[]

●その他のアレルギーはありますか？ あり なし

ありの場合

ラテックス 金属 花粉 ネコなどの動物

その他（具体的に）[]