

産婦人科問診票（初診・再診）

記入日 年 月 日

|           |                      |           |
|-----------|----------------------|-----------|
| ふりがな      | 生年月日 T・S・H 年 月 日（ 歳） |           |
| お名前       | 職業                   | 未婚・既婚・婚約中 |
| 住 所 （ - ） | 連絡先                  |           |
|           | - -                  |           |
|           | - -                  |           |

<月経・子宮がん検診に関すること>

・ 初潮：（ 歳） 閉経：（ 歳）

・ 最後の月経はいつですか？ （ 月 日から 日間）

・ 月経周期は順調ですか？ ☐ 順調 （ 日型） ☐ 不順 （ 日～ 日）

・ 子宮がん検診は受けたことがありますか？ ☐ ある （ 年 月 異常：ある/ない） ☐ ない

※ここ1年以内にがん検診をしていない方は、本日の検査をお勧めします

|                                                                                                                             |    |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| <来院理由>                                                                                                                      | 身長 | 体重 |
| <input type="checkbox"/> がん検診（子宮頸がん・子宮体がん・乳がん）<br>※超音波（エコー）検査 <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない  | cm | kg |
| <input type="checkbox"/> 定期検診（子宮筋腫・卵巣チェック・血液検査）                                                                             |    |    |
| <input type="checkbox"/> 気になる症状がある：不正出血・下腹痛・陰部のかゆみ・膀胱炎症状・その他（ ）<br>→ その症状はいつからですか？<br><br><br>                              |    |    |
| <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症検査                                                                                           |    |    |
| <input type="checkbox"/> 更年期相談（※チェック表の記載があります）                                                                              |    |    |
| <input type="checkbox"/> 漢方相談                                                                                               |    |    |
| <input type="checkbox"/> 薬の処方（前回と同じ・相談希望あり）                                                                                 |    |    |
| <input type="checkbox"/> ワクチン接種（インフルエンザ・風疹・その他）                                                                             |    |    |
| <input type="checkbox"/> 不妊相談（※別紙問診票があります→以下、記入不要です）                                                                        |    |    |
| <input type="checkbox"/> 月経調節 月経が来てほしくない時期： 月 日 ～ 月                                                                         |    |    |
| <input type="checkbox"/> 避妊相談（ピル・アフターピル・その他） ※アフターピルの場合：性交渉 月 日 時頃                                                          |    |    |
| <input type="checkbox"/> 性病検査                                                                                               |    |    |
| <input type="checkbox"/> 妊娠診断 → 市販薬で検査しましたか？ <input type="checkbox"/> はい 検査日： 月 日 結果： + / -<br><input type="checkbox"/> いいえ |    |    |
| → 出産希望はありますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 考え中                         |    |    |
| <input type="checkbox"/> 妊婦健診（転院・里帰り）                                                                                       |    |    |
| <input type="checkbox"/> その他                                                                                                |    |    |

※初診の方、再診の方(前回受診から変更がある場合)は、裏面もご記入ください

☐ 前回受診から変更なし

1 性交の経験はありますか？ ☐ ある ☐ ない

2 産婦人科の診察は受けたことがありますか？ ☐ ある ☐ ない

3 今までに妊娠したことがありますか？ ☐ ある ☐ ない

→ 「ある」の場合は、以下にご記入ください

| 年 | 月 | 週数 | 性別 | 体重 | 妊娠分娩経過                | その他 |
|---|---|----|----|----|-----------------------|-----|
|   |   |    |    | g  | 経膈分娩 ・ 帝王切開 ・ 流産 ・ 中絶 |     |
|   |   |    |    | g  | 経膈分娩 ・ 帝王切開 ・ 流産 ・ 中絶 |     |
|   |   |    |    | g  | 経膈分娩 ・ 帝王切開 ・ 流産 ・ 中絶 |     |
|   |   |    |    | g  | 経膈分娩 ・ 帝王切開 ・ 流産 ・ 中絶 |     |

4 B型肝炎 ・ C型肝炎 ・ 梅毒 ・ HIV を指摘されたことがありますか  
☐ ある ☐ ない

5 薬や食品のアレルギーがありますか？ ☐ ある ☐ ない

薬品名：

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

食品名：

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6 現在、内服している薬がありますか？ ☐ ある ☐ ない  
薬品名：

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7 現在、通院中の病気がありますか？ ☐ ある ☐ ない

8 過去に大きな病気をしたことがありますか？ ☐ ある ☐ ない

9 手術の経験がありますか？ ☐ ある ☐ ない

→ 7～9で「ある」の場合は、以下にご記入ください

| 年 | 月 | 病名 | 病院名 | 経過            | その他 |
|---|---|----|-----|---------------|-----|
|   |   |    |     | 通院中 ・ 完治 ・ 手術 |     |
|   |   |    |     | 通院中 ・ 完治 ・ 手術 |     |
|   |   |    |     | 通院中 ・ 完治 ・ 手術 |     |
|   |   |    |     | 通院中 ・ 完治 ・ 手術 |     |
|   |   |    |     | 通院中 ・ 完治 ・ 手術 |     |