

産婦人科問診票

乳房検診は外科です

お名前 ()

・身長 () cm 体重 () kg

問 1. 現在飲んでいる薬があればご記入ください

()

・ピルや女性ホルモン剤を使用していますか？

いいえ はい (薬剤名)

※お薬手帳や説明書をお持ちの方は提出していただければ記入不要です

問 2. 歯やけがなどの治療で麻酔注射をしたことありますか？

いいえ はい わからない

その時異常はありましたか？ いいえ はい (症状)

問 3. 輸血を受けたことがありますか？

いいえ はい わからない

問 4. 喫煙・飲酒の習慣についておたずねします

(1) 喫煙 吸う () 歳から 1日 () 本

吸っていた () 歳から () 歳まで 1日 () 本

吸わない

(2) 飲酒 よく飲む ときどき飲む 以前はよく飲んだ () 年間

種類 () を量 () 杯 合 本 週 () 回

ほとんど飲まない

問 5. ご職業は？ ()

内容— 座り仕事 立ち仕事 重労働 その他 ()

問 6. 介護認定を受けていますか？ (40 歳以上の方)

いいえ はい

うらに続きます

問 7. 本日、受診された理由についてご記入下さい。(複数回答可)

□産科で受診	□婦人科で受診
<input type="checkbox"/> 妊娠疑い <input type="checkbox"/> 妊娠している (妊娠 週) <input type="checkbox"/> 分娩目的 <input type="checkbox"/> 相談、他 () 妊娠が分かっている方にお伺いします <input type="checkbox"/> 自然妊娠 <input type="checkbox"/> 不妊治療後妊娠 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 月経異常 <input type="checkbox"/> 不正出血 <input type="checkbox"/> 不妊 <input type="checkbox"/> 何か下がる <input type="checkbox"/> おりもの <input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> できもの <input type="checkbox"/> 下腹部痛・腰痛 <input type="checkbox"/> 尿の異常 <input type="checkbox"/> 更年期障害 <input type="checkbox"/> 健康診断 <input type="checkbox"/> 施設検診：クーポン券持参— <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 相談、他 () いつから () どこに () どのように ()

問 8. これまでに産婦人科の疾患を指摘されたことがありますか？

ない

ある () 歳 病名 ()

問 9. 月経についてお伺いします

初潮年齢：() 歳、または小学 () 年、中学 () 年の時

月経周期：□順調 □不順 □閉経 () 歳

月経間隔：() 日ごとに月経がくる。

月経日数：() 日間続くことが多い。

月経の量：□少ない □中ぐらい □多い □わからない

月経痛：□ない □ある (□軽・□中・□重) □腰痛 □腹痛 □その他 ()

一番最近の月経：(20) 年 () 月 () 日から () 日間

その時の月経の量は □いつも通り □少量 □多量

2 枚目に続きます

問 10. 診察の関係上、次の質問に答えて□に印をつけてください

既婚（ ）歳 離婚（ ）歳 未婚 死別

・セックス経験 あり なし

・妊娠している可能性 あり なし

現在の生児数：（ ）人 妊娠回数（今回含む）（ ）回

普通分娩：（ ）回、何歳の時（ ）

帝王切開：（ ）回、何歳の時（ ）

早産：（ ）回、何歳の時（ ）

自然流産：（ ）回、何歳の時（ ）

人工流産：（ ）回、何歳の時（ ）

問 11. その他に異常妊娠・異常分娩したことがありますか

ない

ある（ ）歳 病名（ ）