

産婦人科問診用紙

来院日 西暦 年 月 日

お名前 _____ 様 _____ 歳 身長 _____ cm
ご職業 (_____) 体重 _____ kg
携帯番号 (_____) - _____ *妊娠されている方は妊娠前の体重をご記入ください

1. 本日の来院目的を教えてください

- 妊娠の可能性がある (_____) 週
- 妊娠検査薬を使用 なし ・ あり (月 日) 結果 (陽性 ・ 陰性)
- 分娩希望 当院 ・ 他院 ・ 未定

(当院分娩を希望される場合)

妊婦健診 当院 ・ 他院 (セミ ・ 里帰り) 病院名 _____
無痛分娩を希望 する ・ しない

- 下腹・腰が痛い
- 子宮筋腫 ・ 卵巣のう腫 ・ その他 (_____) があるといわれた
- 不正出血があった
- 現在出血している (少量 ・ 中等量 ・ 多量) 色 (赤 ・ ピンク ・ 茶)
- 月経 (量が多い ・ 痛みがひどい ・ 不順)
- おりものが気になる (赤 ・ ピンク ・ 褐色 ・ 黄色 ・ 白)
- その他 (_____)

2. その症状はいつからですか?

_____ 月 _____ 日 _____ 時 頃から ・ 急に悪くなった ・ 徐々に悪くなった

3. 今回の症状のために、他の病院にかかりましたか?

受けた 受けない

病院名 _____

受けた検査 _____

飲んだ薬 _____

何と言われましたか? _____

4. 月経についておたずねします

最終月経はいつでしたか? (_____) 年 (_____) 月 (_____) 日より (_____) 日間

初めての月経は何歳の時でしたか? (_____) 歳

月経は順調ですか? (順 ・ 不順) 月経周期 (_____) 日

月経痛は? (なし ・ ふつう ・ ひどい) 月経の量は? (少ない ・ ふつう ・ 多い)

閉経後の方へ 閉経となったのは何歳の時でしたか? (_____) 歳

5. 結婚についておたずねします

• 未婚 入籍予定 あり (_____ 年 月頃) なし

• 既婚 結婚した年齢 (_____) 歳 離婚 (_____) 歳 再婚 (_____) 歳

→ご主人は現在おいくつですか? (_____) 歳 死別

6. 性交渉の経験はありますか? ある ない

※裏面の記載もお願いします。□

7. 妊娠したことがありますか？ **ある** **ない**

*ある方はこれまでの妊娠・分娩についてご記入ください

	年 月 日	年齢	妊娠の経過	妊娠週数	出産	性別	出生体重
1	年 月 日	歳	正常 ・ 人工中絶 ・ 流産 異所性妊娠 ・ 胎状奇胎	週	正常 ・ 吸引 ・ 鉗子 帝王切開(理由)	男 女	g
2	年 月 日	歳	正常 ・ 人工中絶 ・ 流産 異所性妊娠 ・ 胎状奇胎	週	正常 ・ 吸引 ・ 鉗子 帝王切開(理由)	男 女	g
3	年 月 日	歳	正常 ・ 人工中絶 ・ 流産 異所性妊娠 ・ 胎状奇胎	週	正常 ・ 吸引 ・ 鉗子 帝王切開(理由)	男 女	g
4	年 月 日	歳	正常 ・ 人工中絶 ・ 流産 異所性妊娠 ・ 胎状奇胎	週	正常 ・ 吸引 ・ 鉗子 帝王切開(理由)	男 女	g
5	年 月 日	歳	正常 ・ 人工中絶 ・ 流産 異所性妊娠 ・ 胎状奇胎	週	正常 ・ 吸引 ・ 鉗子 帝王切開(理由)	男 女	g

8. 妊娠歴がある方にお聞きします。 妊娠中に異常はありましたか？

・ 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 切迫流早産 ・ 前置胎盤 ・ その他 ()

9. 今までにかかった病気はありますか？ **ある** **ない**

ある方は 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 気管支喘息 ・ 心臓病
その他の病気 ()

10. 今までに手術を受けたことがありますか？ **ある** **ない**

ある方は 歳頃の 手術
歳頃の 手術

11. 上記の手術以外で入院したことはありますか？ **ある** **ない**

ある方は 歳頃の 入院
歳頃の 入院

12. 今までに子宮がん検診を受けたことがありますか？ **ある** **ない**

ある方は 最終 年 月頃 横浜市の子宮がん検診ですか？ はい いいえ

13. アレルギーはありますか？ **ある** **ない**

ある方は 薬 () 食物 () その他 ()

14. タバコを吸いますか？ **吸う** **吸わない**

吸う方は 本/日 周りにタバコを吸う人がいる (いる方は続柄:)

15. ご家族(血縁関係)の中に病気の方はいますか？ **いる** **いない**

糖尿病 : 父 ・ 母 ・ 兄弟姉妹
高血圧 : 父 ・ 母 ・ 兄弟姉妹
その他 : 父 ・ 母 ・ 兄弟姉妹
(病名)

16. 現在飲んでいる薬がありますか？ **ある** **ない**

*ある方はお薬手帳を受付にお出しく下さい

薬剤名 ()

処方された医療機関名 _____

17. その他、気になることがありましたらご記入ください。

[]

※次頁の記載もお願いします。

以下、マイナ保険証による医療情報等に関して質問事項

- 1.マイナ保険証による診療情報取得に同意いただけますか？ (はい いいえ)
→ご同意いただける場合、新患受付のマイナカード読み取り機をご利用ください。
- 2.本日は他院からの紹介状を持参していますか？ (はい いいえ)
- 3.現在他の医療機関に通院していますか？ (はい いいえ)
医療機関名 ()
治療内容 内服・点滴・手術・経過観察・その他()
- 4.直近1年以内に検診(特定検診・高齢者検診)を受診しましたか？
受診日() 指摘事項()

当院は診療情報を取得・活用することにより、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・活用するために、マイナ保険証の利用にご協力をお願いします。

*患者様の個人情報は、当院での治療目的以外には使用いたしません