

# 【産婦人科問診票 N】

記入した日付 ( 年 月 日 )

フリガナ

氏名 ( ) 年齢 ( ) 歳

① 本日はどのようなことで受診されましたか？ (症状、いつから、など詳しくお書きください)

その他、該当するものがあれば○を付けてください。

( ) 子宮癌検診希望 ( ) 妊娠検査希望 ( ) 妊娠中 ( ) セカンドオピニオン

② 未婚・既婚・離婚 初経年齢 ( ) 歳 閉経年齢 ( ) 歳

③ 今までに妊娠した回数 ( ) 回

経膈分娩 ( ) 回・・年月日 ; \_\_\_\_\_

帝王切開 ( ) 回・・年月日 ; \_\_\_\_\_

流産 ( ) 回・・何週で ; \_\_\_\_\_ 手術 ( 有 ・ 無 )

中絶 ( ) 回

子宮外妊娠 ( ) 回・・( 右 ・ 左 ) 手術方法 ; \_\_\_\_\_

④ 月経に関して 最終月経 ( ) 月 ( ) 日 ~ ( ) 月 ( ) 日まで

月経周期 (月経開始から次の月経開始までの間隔) ( ) 日型

規則的で 1. ある、 2. ない

月経痛は 1. ある、 2. ない 鎮痛剤 ( )

年々ひどくなって 1. いる、 2. いない

月経の量は年々多くなって 1. いる、 2. いない

月経以外の不正性器出血が 1. ある、 2. ない

性交渉 (SEX) の経験\*が 1. ある、 2. ない 過去3ヶ月以内 1. ある、 2. ない

避妊はして 1. いる、 2. いない 方法はコンドーム・ピル・その他 :

性交痛 1. ある、 2. ない

\*避妊の有無に関わらず3ヶ月以内の性交渉をお持ちで不正出血がある方は、妊娠性の出血

(子宮外妊娠や存続絨毛症など) を否定する必要があるため採血により妊娠判定を実施します。

⑤ 過去に当院産婦人科に受診したことがありますか？

1. ある (いつ頃 \_\_\_\_\_ 症状など \_\_\_\_\_)、 2. ない

⑥ 産婦人科で手術を受けたことが 1. ある、 2. ない

ある場合は : \_\_\_\_\_

⑦ 今までに病気をしたことが 1. ある 病名など具体的に \_\_\_\_\_、 2. ない

治療経過 : \_\_\_\_\_

⑧ 今飲んでいる薬はありますか？ 1. ある 薬品名 \_\_\_\_\_、 2. ない

⑨ 過去に感染した性病が 1. ある 病名など具体的に \_\_\_\_\_、 2. ない

⑩ 最終子宮癌健診 : ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日、結果 : 異常 (なし、あり ; \_\_\_\_\_)