

【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； _____)