

# 中村産婦人科:産婦人科問診票

年 月 日 ご自身でお分かりになる範囲内でご記入をお願い致します。

フリガナ		大・昭・平・令 年 月 日生 歳
氏 名		身長 cm 体重 kg
		職業
住 所	〒	里帰り・遠方にお住まいの方はご実家の住所・電話番号をご記入ください
自宅TEL		〒
携帯TEL		
エンゼルクリニックの受診歴		あり・なし
		ご実家のTEL:

1) 今日はどのようなことでお出でになりましたか。

- |                           |               |              |
|---------------------------|---------------|--------------|
| 1. おなかが痛い                 | 8. がん検診       | 11. 月経不順     |
| 2. 子宮筋腫と言われた              | 9. 妊娠しているかどうか | 12. おりものが多い  |
| 3. 避妊の相談                  | ※妊娠の場合        | 13. 不妊症の相談   |
| 4. 出血があった                 | 分娩希望・中絶希望     | 14. 手術後の定期健診 |
| 5. 陰部が(かゆい・痛い)            | 10. 腰が痛い      | 15. 里帰り出産    |
| 6. 更年期障害(不眠・肩こり・のぼせ・いらいら) |               | 16. その他      |
| 7. 卵巣が腫れていると言われた          |               |              |

※妊娠されている方へ、追加のご確認になります。

- A ご自身で妊娠反応検査をされましたか? いいえ・はい ( 月 日 陽性・陰性)
- B 他院で妊娠と診断されている。
- C 現在何か症状はありますか?  
①つわり ②下腹部の痛み ③出血

その他の場合は、こちらにご記入ください

( )

2) いつ頃からお気づきになりましたか

( 日前 月前 年前 )

3) 月経について

- (1) 初めての月経は \_\_\_\_\_ 歳
- (2) 月経周期(月経が始まった日から次の月経が始まるまで)  
順調・ほぼ順調 日間  
不順(短い時 日間、長い時 日間)
- (3) 月経機関(月経が始まった日から終わるまで)  
日間
- (4) 月経の量は 多い・ふつう・少ない
- (5) 月経に伴って下記の症状はありますか  
頭痛・下腹部痛・腰痛・その他( )
- (6) 最近の月経は 年 月 日より 日間
- (7) その前の月経は 年 月 日より 日間
- (8) 閉経されている方への質問です。  
何歳頃になりますか 歳

4) 結婚・妊娠について

- (1) 結婚されていますか はい(当時 歳) ・いいえ
- (2) 離婚なさいましたか はい(当時 歳) ・いいえ
- (3) セックスの経験はありますか はい・いいえ
- (4) 妊娠されたことがありますか はい・いいえ
- 妊娠された方へ質問です
- ①お子さんを何人お産みになりましたか ( 人)  
普通分娩( 人) 帝王切開( 人)
- ②流産したことはありますか なし・ある( 回)
- ③中絶したことはありますか なし・ある( 回)

裏面もご記入をお願いいたします。

