

産科問診票

おたかの森ウィメンズケアクリニック

入力済

チェック済

記載日 年 月 日

氏名 (ふりがな)	生年月日	年齢	過去の妊娠回数	出産回数	身長	妊娠前体重
	西暦 年 月 日	歳	回	回	cm	kg
住所	電話番号	職業	会社名			
〒 -						

配偶者	氏名 (ふりがな)	年齢	血液型	職業	会社名
パートナー		歳	型 (Rh+・-)		

配偶者連絡先： 緊急連絡先 (第3者・ご本人ご主人様以外)： (続柄：)

既婚 ・ 未婚	入籍予定：無・有 (時期)	お子様の同居：無・有 (人)	再婚：無・有
---------	----------------	-----------------	--------

1. 月経についてお聞かせください

・最終月経開始日：西暦 年 月 日 ・月経周期： 不順 ・ 順 (約 日周期)

2. 今回の妊娠についてお聞かせください

<input type="checkbox"/> 妊娠検査薬の確認 なし・あり (確認日 /) うっすら・はっきり ⇒妊娠の場合 出産する ・ 出産しない	<input type="checkbox"/> 当院分娩希望
<input type="checkbox"/> 基礎体温の測定 なし ・ あり	<input type="checkbox"/> 他院分娩希望
<input type="checkbox"/> 尿による排卵検査 なし ・ あり	↳分娩場所：実家・その他
<input type="checkbox"/> 妊娠の可能性のある性交渉日 1日のみ (/) ・ 複数	病院名 ()
<input type="checkbox"/> 妊娠中 (分娩予定日 /) 妊娠の診断を受けた病院 ()	<input type="checkbox"/> 検討中

3. 現在気になる症状はありますか？

・性器出血：(なし・あり) ・下腹部痛：(なし・あり) ・つわり：(なし・あり) ・その他 ()

4. これまでに通院・治療された病気等がございましたらお聞かせください。

既往歴	病名	経過	手術名・内服薬名
西暦 年		<input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 内服治療 <input type="checkbox"/> 経過観察	
西暦 年		<input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 内服治療 <input type="checkbox"/> 経過観察	

・家族歴：高血圧 (続柄) 糖尿病 (続柄) がん (続柄) その他 (続柄 ・ 病名)

・輸血歴： なし ・ あり ()

・喫煙：なし・あり (本/日 今は吸っていない) ・飲酒：なし・あり (機会飲酒・習慣飲酒)

5. アレルギーはありますか？ なし ・ あり ('あり'の方は下記該当箇所にレ点を付けてください。)

<input type="checkbox"/> 薬 (名称：)	<input type="checkbox"/> 食物 (名称：)
<input type="checkbox"/> アルコール	<input type="checkbox"/> 金属 (名称：)
	<input type="checkbox"/> その他 (名称：)

6. これまでの妊娠・分娩についてお聞かせください。※死産された場合の情報もお書きください。

・自然流産 回 ・人工中絶 回

妊娠・分娩年月日	週数	体重	性別	妊娠中・産後の異常	分娩様式	病院名
西暦 年 月 日	週	g			<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 鉗子 <input type="checkbox"/> 帝王切開	
西暦 年 月 日	週	g			<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 鉗子 <input type="checkbox"/> 帝王切開	
西暦 年 月 日	週	g			<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 鉗子 <input type="checkbox"/> 帝王切開	

7.精神的に病んだことがあり通院している、または通院していたことがございましたらお聞かせください。

なしあり ⇒現在の精神状態について、簡単に結構ですでお聞かせください

()

婦人科問診票

ふりがな 氏名	生年月日	年齢	妊娠回数	出産回数	身長	体重
	西暦 年 月 日	歳	回	回	cm	Kg

住所	電話番号	職業	会社名
〒 -			

緊急連絡先 氏名 () 続柄 () 電話番号 ()

1 症状・病名・来院理由をお聞かせください

詳細⇒いつ頃から

どのような

2 下記についてお聞かせください

- ・最終月経開始日：西暦 年 月 日 ・閉経： 歳
- ・月経周期：不順・順(約 周期) ・持続期間：約 日間
- ・月経量：少ない・普通・多い ・月経痛：ない・軽い・普通・やや重い・重い
- ・性交経験：なし・あり ・結婚：既婚・未婚
- ・妊娠の可能性はありますか：いいえ・はい ・授乳中ですか：いいえ・はい
- ・子宮がん検診を受けたことがありますか：いいえ・はい(頸部・体部)
最近の検診はいつ受けましたか(西暦 年 月)
- ・子宮頸がんワクチン接種：(有・無)

3 現在治療中の疾患はありますか？ いいえ・はい(はいの方は下記にご記入ください)

開始日	診断名	治療内容	手術名または内服薬
年 月		<input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> 経過観察	
年 月		<input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> 経過観察	

4 過去にかかった疾患はありますか？ いいえ・はい(はいの方は下記にご記入ください)

開始日	診断名	治療内容	手術名または内服薬
年 月		<input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> 経過観察	
年 月		<input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> 経過観察	

5 精神的に病んだことがあり病院に通院中、または通院履歴がございましたらお聞かせください

□なし □ある⇒ (現在の精神状態について、簡単に結構ですのでお聞かせください
いつ頃～)

6 アレルギーがございましたらお聞かせください

□なし □薬(名称：) □食物(名称：)
□アルコール □金属(名称：) □その他(名称：)

7 喫煙：なし・あり(本/日) ・飲酒：なし・機会飲酒・習慣飲酒 ・輸血歴：なし・あり

8 これまでの妊娠・分娩についてお聞かせください (・自然流産 回・早産 回・人工中絶 回)

妊娠・分娩年月日	週数	体重	性別	妊娠中・産後の異常	分娩様式	病院名
西暦 年 月	週	g			<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 鉗子 <input type="checkbox"/> 帝王切開	
西暦 年 月	週	g			<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 鉗子 <input type="checkbox"/> 帝王切開	