

産科問診票

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 パートナー	氏名（ふりがな）	年齢	血液型	職業	会社名
		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 <input type="checkbox"/> 妊娠の方法：自然妊娠・不妊治療（タイミング法／人工受精／体外受精） <input type="checkbox"/> 基礎体温の測定：なし・あり <input type="checkbox"/> 尿による排卵検査：なし・あり <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性のある性交渉日：1日のみ（ / ） ・ 複数 <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"/> 当院分娩希望 <input type="checkbox"/> 他院分娩希望 →分娩場所：実家・その他 病院名（ ） <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	

5. 過去にかかった病気、現在治療中の病気についてお聞かせください（現在内服中のお薬をご記入ください）

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	

6. 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、簡単に結構ですのでお聞かせください

（ ）

7. 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し点を付けてください）

薬（名称： ） 食べ物（名称： ）

アルコール 金属（名称： ） その他（名称： ）

8. 以下の項目についてお聞かせください

・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 ）

婦人科問診票

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	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 ()					結婚：既婚・未婚	

1. 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	性交経験：なし・あり
月経周期：順 (日周期)・不順 (日 ~ 日周期)	持続期間：約 日間	
月経量：少ない・普通・多い (程度は?)		
月経痛：ない・軽い・普通・やや重い・重い (鎮痛剤は使用しますか?)		
妊娠の可能性：なし・あり → 妊娠反応検査 (/)：陰性・陽性	授乳中ですか：いいえ・はい	
子宮頸がんワクチン接種：なし・あり (ガーダシル・シルガード)		
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)		

2. 症状・病名・来院理由をお聞かせください

詳細 → 気になる症状は? (1) (2)

いつ頃から?

検査・治療について希望等あれば

3. 過去にかかった病気、現在治療中の病気についてお聞かせください (現在内服中のお薬をご記入ください)

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	

4. 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 □あり → (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 ~)

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し点を付けてください)

□薬 (名称:) □食べ物 (名称:)
□アルコール □金属 (名称:) □その他 (名称:)

6. 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

7. 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 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	