

## 【産婦人科 問診票】

受診日： 年 月 日

お名前： 生年月日： 年 月 日 年齢： 歳  
身長： cm 体重： kg (妊娠中の方は妊娠前の体重)

※当てはまる項目に○を付けてください

★マイナ保険証(マイナンバーカードの健康保険証利用)による情報取得に同意しますか？

いいえ・はい

★他の医療機関からの紹介状はありますか？

いいえ・はい

当院は診療情報を取得・活用することにより、  
質の高い医療の提供に努めています。  
正確な情報を取得・活用するため、  
マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

① 本日はどうされましたか？

不正出血 おりもの 生理痛が重い 下腹部痛 腰痛 生理不順 生理が来ない  
更年期症状 PMS かゆみ 膀胱炎 乳房の痛み・しこり 乳頭異常分泌  
妊娠したい その他 ( )

&lt;以下の項目は自由診療(保険適用外)になります&gt;

子宮がん健診 乳癌健診 避妊相談・避妊用ピル アフターピル希望 生理をずらしたい  
産み分け指導(男の子/女の子を希望) 妊娠かもしれない/妊婦健診

② 今までに何か病気にかかったり、手術を受けたことはありますか？

婦人科の病気(子宮筋腫 子宮内膜症 子宮奇形 卵巣腫瘍 性感染症 その他 )  
喘息(小児喘息含む) 糖尿病 高血圧 心臓病 脳梗塞/脳出血 肝臓病 腎臓病 甲状腺 血栓症  
自己免疫疾患 てんかん 精神疾患 血液疾患 悪性腫瘍 手術( ) その他( )

③ 現在使用中のお薬はありますか？(おくすり手帳をお持ちの方はお見せ下さい)

なし・あり( )

④ 今までに薬や食品等でアレルギー症状が出たことはありますか？

なし・あり(薬: 食物: その他(金属・ラテックス等): )

⑤ 歯科麻酔でアレルギー症状が出たことはありますか？ なし・あり・歯科麻酔をしたことがない

⑥ ご自身の祖父母・両親・兄弟姉妹に以下の病気を持った方がいらっしゃいますか？

子宮癌 卵巣癌 乳癌 前立腺癌 膵臓癌 高血圧 糖尿病 血栓症 突然死 遺伝性疾患

⑦ 今までに性交渉の経験はありますか？ なし・あり

⑧ 今までに妊娠したことはありますか？

なし・あり(分娩 回、流産 回、中絶 回、子宮外妊娠 回、胎状奇胎 回)

⑨ 子宮癌検診を受けたことはありますか？ なし・あり( 年 月 異常なし・異常あり )

⑩ 乳癌検診を受けたことはありますか？ なし・あり( 年 月 異常なし・異常あり )

⑪ この1年間で健診(特定健診 または 高齢者健診)を受けましたか？

なし・あり(指摘事項: )

⑫ 生理についておたずねします。

初めての生理: 歳頃 閉経された方: 歳頃

生理は順調ですか？ 順調( 日周期) ・ 不順

生理の量( 少ない・普通・多い ) 生理痛( なし・軽い・鎮痛剤が必要 )

最近の生理はいつ頃ありましたか？ 年 月 日~ 日間

その前の生理はいつでしたか？ 年 月 日~ 日間

※妊娠中、または妊娠の可能性がある方は裏面もご記入下さい。

## 【妊娠の可能性がある方の問診票】

受診日： 年 月 日

お名前： \_\_\_\_\_

年齢： \_\_\_\_\_ 歳

### ⑬ 妊娠の確認についてお聞きします。

市販の妊娠検査薬を使いましたか？ しない ・ した（検査日： \_\_\_\_\_ 判定： 陽性・陰性）  
他院で妊娠の確認をしましたか？ しない ・ した（受診日： \_\_\_\_\_ 病院名： \_\_\_\_\_）  
基礎体温表をつけていますか？ つけていない ・ つけている

### ⑭ 今回の妊娠成立についておたずねします。 自然妊娠 ・ 不妊治療後の妊娠

### ⑮ 現在結婚していますか？

結婚している（ \_\_\_\_\_ 歳） ・ 結婚予定あり ・ 結婚していない（離婚の経験 なし・あり） ・ 血族結婚

### ⑯ 喫煙・飲酒についておたずねします。

タバコ（電子タバコを含む）は吸いますか？

吸わない ・ 以前吸っていた（ \_\_\_\_\_ 頃から禁煙） ・ 現在吸っている（ \_\_\_\_\_ 本/日）

お酒は飲みますか？

飲まない ・ 時々飲む ・ ほぼ毎日（1日量：何を \_\_\_\_\_ 約 \_\_\_\_\_ ml・本） ・ 妊娠判明後に止めた

### ⑰ 葉酸を摂取していますか？ 摂取していない ・ 摂取している（妊娠前から ・ 妊娠判明後より）

### ⑱ ペットを飼っていますか？ 飼っていない ・ 飼っている（種類： \_\_\_\_\_）

### ⑲ 過去に輸血を受けたことがありますか？ なし ・ あり（ \_\_\_\_\_ 歳 理由： \_\_\_\_\_）

### ⑳ ご本人・パートナーの風疹抗体検査や、風疹ワクチン接種はお済みですか？

抗体検査： ご本人 （していない・した） パートナー （していない ・ した）

風疹ワクチン接種： ご本人 （していない・した） パートナー （していない ・ した）

### 21 同居しているご家族にB型肝炎ウイルスのキャリア(持続感染)の方はいますか？ いる ・ いない

### ㉑ 過去の妊娠についてお聞きします。

今回が初めての妊娠

過去に妊娠したことがある：妊娠 \_\_\_\_\_ 回

人工中絶 \_\_\_\_\_ 回 自然流産 \_\_\_\_\_ 回 子宮外妊娠 \_\_\_\_\_ 回 胎状奇胎 \_\_\_\_\_ 回

経膣分娩 \_\_\_\_\_ 回（うち 吸引分娩 \_\_\_\_\_ 回 鉗子分娩 \_\_\_\_\_ 回）

帝王切開分娩 \_\_\_\_\_ 回

妊娠中・分娩時・分娩後の合併症

早産 妊娠糖尿病 妊娠高血圧症候群（妊娠中毒症） 常位胎盤早期剥離 ヘルプ症候群  
肩甲難産 癒着胎盤 胎盤異常（前置胎盤など） 分娩時大量出血（ \_\_\_\_\_ ml）  
産後高血圧 産後うつ その他の異常（ \_\_\_\_\_ ）

### ㉒ 過去に分娩した児についてお聞きします。

出生体重 2500g 未満 出生体重 3500g 以上 黄疸 B群溶連菌(GBS)感染症 分娩時外傷  
新生児仮死 先天性の病気（ \_\_\_\_\_ ） 死産 新生児死亡 その他（ \_\_\_\_\_ ）