

産婦人科問診票

記入日 年 月 日

1 今日どのようなことでおいでになりましたか。 (あてはまる項目に○をつけて下さい。)

- | | | |
|------------------------------|----------------------|---------------|
| 1.おなかが痛い | 7.がん検診 | 13.子供ができない |
| 2.子宮筋腫といわれた | 8.妊娠しているかどうか | 14.手術後の定期検診 |
| 3.避妊の相談 | 9.腰が痛い | 15.里帰り出産 |
| 4.出血があった | 10.卵巣が
はれているといわれた | 16.その他
() |
| 5.陰部が(かゆい・痛い) | 11.月経不順
() | () |
| 6.更年期障害
(不眠・肩こり・のぼせ・いらいら) | 12.おりものが多い
() | () |

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) 月経期間: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・普通・少ない)
- (5) 月経に伴って以下の症状がありますか
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
- (6) 閉経の年齢は 歳

4 結婚・妊娠について

- (1) 結婚していますか 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) 妊娠されたことはありますか はい・いいえ
- | | | | |
|---|-------------|---------|----|
| ① | 歳(中絶・流産・分娩) | ヶ月(男・女) | g) |
| ② | 歳(中絶・流産・分娩) | ヶ月(男・女) | g) |
| ③ | 歳(中絶・流産・分娩) | ヶ月(男・女) | g) |

産婦人科を受診するときは、初めに問診票を記入します。
記入する事柄をあらかじめ整理しておくとう便利です。

5 他の病院で診てもらったことがありますか。(ある・ない)

- 「ある」の場合、その病院でそのような説明を受けましたか。

_____ (病院 科)

6 現在、何か薬を飲んでいらっしゃいますか。(いる・いない)

- 「いる」の場合、薬の名前がわかりますか。

7 これまでに薬などでアレルギー等の副作用を経験したことがありますか。

- 「ある」の場合、どのような症状でしたか。 (ある・ない)

8 今までに大きな病気をしたことや、手術をうけたことがありますか。

- 「ある」の場合、いつ頃どんな病気や手術でしたか。 (ある・ない)

9 ご家族やご親戚で、次のような病気にかかったことのある方が いらっしゃいますか。それはどなたですか。

- 心臓病 () 糖尿病 () 高血圧 ()
- 脳卒中 () 結核 () 喘息・アレルギー ()
- がん () その他 ()

10 お酒を飲みますか。はい・いいえ・やめた (年前)

- 「はい」の場合……* () 年前から飲んでいる
*最近は、平均して一日(ビール・日本酒・ウイスキー)を
(本・合・杯)ほど飲んでいる。

11 たばこは吸いますか。はい・いいえ・やめた (年前)

- 「はい」の場合……* () 年前から吸っている
*最近は、平均して一日 () 本を