産婦人科（記入日：　　　年　　月　　日）

下記の質問に答えて受付にお渡し下さい。（あてはまるものに○印をつけて下さい。）

お名前＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　年齢　　歳　身長　　　cm　体重　　　kg

他の医療機関からの紹介状をお持ちの方は受付へお渡しください。

アレルギーはありませんか

１．のみ薬、注射薬のアレルギー(抗菌薬、造影剤、かぜ薬、痛み止め など)

□なし　　□あり　薬品名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

症状＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

２．食物アレルギー(卵、乳製品、牛肉、そば、小麦、かに、えび、ピーナツなど)

□なし　　□あり　食品名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

症状＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

３．その他のアレルギー(アルコール、ゴム製品など)

□なし　　□あり

物質名と症状＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

１．今日はどうされましたか。

いつから　(　　　　　　　　)

どのような症状ですか

- 月経の異常（量が多い ・ 不規則 ・ 痛みが強い）
- 月経以外の出血
- おりものが多い（ 赤褐色 ・ 黄色 ・ 白色 ）
- 陰部がかゆい、痛い
- お腹が痛い
- お腹や陰部のしこり
- 排尿のとき痛む ・ 尿回数が多い ・ 尿もれ
- 更年期の相談
- 妊娠の可能性がある；妊娠検査薬（ ＋ － 調べていない ）
- その他（　　　　　　　　　　　　　　　　）

２．子宮癌検診をうけたことがありますか。　(はい・いいえ)　（ 最終検診　　年　　月 ）

３．あなたの月経について

- 初経　(　　　)歳　　　閉経　(　　　)歳
- 一番最近の月経がはじまったのは
  ＿＿＿年＿＿月＿＿日から＿＿＿日間
- 月経周期は　(　　　)日型　　※月経開始日より次の月経開始の前日までの日数
- 月経は何日続きますか　(　　　)日間
- 月経の量は　(多い ・ 普通 ・ 少ない)
- 月経の時痛みますか　(はい ・ いいえ)
- 月経のときに痛み止めは使いますか　(はい ・ いいえ)

⇒裏面に続きます

4．あなたの結婚、妊娠、分娩について

・性交（セックス）の経験がありますか　　（　いいえ　・　はい　）

・結婚していますか　（いいえ　・　はい（　　　年　　月）　・　婚約中（　　　年　　月結婚予定　）

夫；年齢（　　　　歳）　死別　・　離婚

健康ですか　（　はい・いいえ　病名（　　　　　　　　））

・これまでの妊娠・分娩について　　（　なし　・　あり　）

分娩（お産）　（　　　）回　　そのうち　経腟分娩　（　　　）回　　帝王切開　（　　　）回

自然流産　　（　　　）回　　人工妊娠中絶　（　　　）回

5．生活習慣について

・職業；（　　　　　　　）

・喫煙；（　なし　・　あり　）　（　　　本／1日）　（　　　歳から　）

・飲酒；（　なし　・　あり　）　（　　　　／1日　・　機会飲酒　）

・同居者；　夫　　子（　　人）　実父　　実母　　義母　　義父　　そのほか（　　　　）

6．現在治療中の病気はありますか。

（　いいえ　・　はい　）

（　病名；　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

（　服用中の薬；　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

7．今までに大きな病気や手術をしたことがありますか。（婦人科以外も含む）

（　いいえ　・　はい　）

病名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　（　　　歳）　（手術；あり・なし）

（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　（　　　歳）　（手術；あり・なし）

（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　（　　　歳）　（手術；あり・なし）

輸血はしましたか　（　いいえ　・　はい　）

8．血縁者（実父母、祖父母、兄弟等）に、何か特別な病気の方がおられますか。

（　いいえ　・　はい　）

例　（　高血圧　；　　実父　　）

（　高血圧　；　　　　　）

（　糖尿病　；　　　　　）

（　脳卒中　；　　　　　）

（　心臓病　；　　　　　）

（　がん　　；　　　　　）

（　遺伝病　；　　　　　）

（　その他　；　　　　　　　　　　　　　　　）

当院はマイナ保険証によるオンライン資格確認により診療情報及び薬剤情報を取得・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お願いいたします。

（お薬手帳や母子健康手帳をお持ちの方は問診票記入後、受付にご提出ください。）