

日付： 年 月 日 診察券番号：

氏名： 年齢： 歳 職業：

携帯電話： 身長： cm 体重： kg

【1. 本日はどうなさいましたか？（複数回答可）】

□妊娠について

□妊娠確認⇒市販検査薬での確認〔□していない □陰性 □陽性（検査日 月 日）〕

□妊婦健診 □分娩予約 □セカンドオピニオン
（予定日： 年 月 日） （現在の通院病院： ）

□妊娠継続希望なし

□月経が〔□遅れている □痛みがひどい □量が増えた □不順 □その他（ ）〕

□陰部に〔□かゆみがある □できものがある □痛みがある □その他（ ）〕

□不正出血が〔□月経外にある □閉経後にある □その他（ ）〕

□おりものの〔□量が多い □においがある □色がある（ 色） □その他（ ）〕

□その他	}	□不妊の相談（□体外受精希望）	□下腹部が痛い	□腰が痛い	□排尿時の痛み・異常	
		□癌が心配	□性感染症が心配	□緊急避妊	□ピルを希望	□生理日をずらしたい
		□更年期障害	□定期的な健診（			
		□その他（				
		□他院からの紹介：紹介状（有・無）	（内容：			

【2. 月経についてお聞きします。】

☆初潮は 歳頃 ☆閉経は 歳頃

☆最終月経は（ 年 月 日から 日間） □いつもと同じ □いつもと違う

☆その前の月経は（ 年 月 日から 日間） □いつもと同じ □いつもと違う

☆月経周期は	}	□順調（ 日ごと、出血期間は 日間）
		□不順（短い時で 日ごと、出血期間は 日間；長い時で 日ごと、出血期間は 日間）

【3. 性交渉の経験がありますか？】

□あり □なし

【4. 結婚・ご家族についてお聞きします。】

□結婚している（ 歳時に結婚） □結婚していない（離婚の経験：□なし □あり）

☆ご主人（彼）の年齢 歳、 ☆ご主人（彼）の職業

☆血縁のご家族の方に下記疾患に該当する方はいらっしゃいますか？

□なし □糖尿病（続柄： ） □卵巣癌（続柄： ） □乳癌（続柄： ）

【5. 子宮癌検査を受けたことがありますか？】

□なし □あり（最終検査日： 年 月）

【6. 過去に手術を受けたことがありますか？】

□なし □あり（手術名・何歳頃： ）

【7. 過去に輸血を受けたことがありますか？】

□なし □あり（状況・何歳頃： ）

【8. 過去の妊娠や分娩についてお聞きします。】

過去に妊娠したことがない

過去に妊娠したことがある（当てはまる場合は下記の表にご記入下さい、わかる範囲で結構です）

妊 娠 歴	妊娠経過					お産は					産後は		お子さんは					
	流 産	胞 状 奇 胎	子 宮 外 妊 娠	人 工 中 絶	正 常	年 月 (週)	病 院 名	経 膈 分 娩	吸 引 分 娩	鉗 子 分 娩	帝 王 切 開	順 調	異 常 あり	男	女	出 生 体 重	順 調	異 常 あり
1						年 月 (週)											g	
2						年 月 (週)											g	
3						年 月 (週)											g	
4						年 月 (週)											g	
5						年 月 (週)											g	

その他、上記妊娠歴で当てはまるものが下記項目にありましたら、全てにチェックをして下さい。

- 出生体重2,500g未満 切迫早産 死産 新生児仮死
出生体重4,000g以上 妊娠糖尿病 その他 ()

【9. 今までに指摘されたことのある病気はありますか？】

なし

- 子宮筋腫 卵巣腫瘍 子宮内膜症 子宮腺筋症 子宮奇形
喘息（最終発作は 歳）高血圧 糖尿病 心疾患 甲状腺疾患
腎疾患 てんかん 精神疾患 血栓症 血液疾患 自己免疫性疾患
脳梗塞 脳内出血 肝炎 悪性腫瘍（ 癌）
その他（病名：)

【10. 薬剤アレルギー・喫煙・飲酒についてお聞きします。】

- ☆薬のアレルギー： なし あり（薬品名：)
 ☆その他のアレルギー：なし あり（品名：)
 ☆たばこ：吸わない 吸っている（ 本/日）
 ☆飲酒：しない する

【11. 現在服用しているお薬はありますか？】

- なし あり（薬品名：)

☆下記の設問は妊娠検査・妊婦健診でご来院の方のみお答えください。

【12. 今回の妊娠成立法についてお聞きします。】

- 自然妊娠 不妊症治療後妊娠 () その他 ()

【13. 過去3ヶ月以内に下記に該当することはありましたか？】

- 発熱 発疹 頸部リンパ節の腫れ 風疹患者との接触 児童との接触が多い現場で就労

ありがとうございました。この問診表を受付にご提出下さい。

瀬戸病院