

中川産科婦人科問診票

ふりがな	生年月日	身長	体重	体重(妊娠前)
名前	昭・平 年 月 日 (歳)	cm	kg	kg
住所 〒		携帯TEL		
		自宅TEL		
職業	未婚 ・ 結婚予定	受診のきっかけは？		
	既婚(歳で結婚) 初婚・再婚	紹介(紹介者名) 関係()		

<p>【1】 本日はどのようなことで来院されましたか？</p> <p>1. 妊娠の診察</p> <p>◆市販の妊娠検査薬は〈陽性 (/) ・していない〉</p> <p>◆他院で妊娠を確認している 最終受診日 (/) 病院名 () 予定日 (/)</p> <p>◆今回の妊娠は (自然妊娠・不妊治療) 今回の妊娠に至った不妊治療の内容 排卵誘発・タイミング法・人工授精・体外受精・顕微授精 その他 ()</p> <p>◆妊娠確定後は…</p> <p><input type="checkbox"/> 当院で出産を希望 (無痛分娩: 希望あり・希望なし) 無痛分娩希望の理由 () キャンセル待ちの予約 (未 ・ 済)</p> <p><input type="checkbox"/> 他院で出産を希望 (県/病院名)</p> <p><input type="checkbox"/> 出産する病院を決めていない</p> <p><input type="checkbox"/> 中絶希望</p> <p><input type="checkbox"/> 出産するかどうかもまだ決めていない</p> <p>◆今後健診予定 (当院・他院: 病院名)</p>	<p>2. 不妊相談</p> <p>これまでの不妊治療歴 あり・なし 内容 ()</p> <p>3. 産み分け相談 (男の子 ・ 女の子)</p> <p>4. 月経以外の出血がある</p> <p>5. 月経不順</p> <p>6. 月経痛が強い</p> <p>7. 下腹部痛・腰痛がある</p> <p>8. 子宮筋腫・卵巣腫瘍がある</p> <p>9. おりものが気になる (色 ・ 量 ・ 匂い)</p> <p>10. 外陰部のかゆみ</p> <p>11. 子宮癌検診</p> <p>12. 更年期症状</p> <p>13. 月経をずらしたい (避けたい期間 / ~ /)</p> <p>14. 避妊相談</p> <p>15. 緊急避妊薬の希望 (性交日時 / , 時頃)</p> <p>16. その他 ()</p>
--	--

<p>【2】 普段の生理について教えてください</p> <p>1. はじめて月経が始まった年齢 (歳) ・ (歳) で閉経</p> <p>2. 最終月経 (/ から 日間)</p> <p>3. 月経周期は順調ですか (順調・不順) (周期: 日 ~ 日)</p> <p>4. 生理痛は (ない・あるが我慢できる ・ 薬が必要 ・ 痛くて寝込むほど)</p> <p>5. 出血量は (少ない ・ 普通 ・ 多い ・ 出血時に塊が多く出る)</p>

<p>【3】 あなたの体質について教えてください</p> <p>1. アレルギーはありますか? いいえ ・ はい ()</p> <p>2. 喘息にかかったことはありますか? いいえ ・ はい 最終発作はいつですか? ()</p> <p>3. 喫煙はしますか? いいえ ・ はい (本 / 日)</p> <p>4. アルコールは飲みますか? いいえ ・ はい (ml 毎日 ・ 時々)</p>

◀裏面も記入して下さい▶

【4】妊娠・出産歴について教えてください

妊娠したことのある方は下の表に、妊娠した年齢順にお答えください

*無痛分娩でご出産された場合は、無痛に○をしてください

	昭平令	年 月	妊娠の経過について				お産について			お子さんについて		分娩された 病院について	
			正常	流産	子宮外 妊娠	人工 中絶	正常	帝王 切開	妊娠 週数	性別	産まれた 時の体重		
1	昭平令	年 月					正常 無痛			週	男・女	g	当院 他院()
2	昭平令	年 月					正常 無痛			週	男・女	g	当院 他院()
3	昭平令	年 月					正常 無痛			週	男・女	g	当院 他院()
4	昭平令	年 月					正常 無痛			週	男・女	g	当院 他院()
5	昭平令	年 月					正常 無痛			週	男・女	g	当院 他院()

帝王切開の方は理由を教えてください ()

【5】既往歴について教えてください

1. これまでにかかった病気や治療中の病気はありますか？あれば下の表に記入をお願いします
(高血圧・糖尿病・甲状腺疾患・精神疾患・子宮筋腫・卵巣のう腫 等)

	年齢	病名	治療内容	病院名
1	歳		内服・手術・経過観察・完治	
2	歳		内服・手術・経過観察・完治	
3	歳		内服・手術・経過観察・完治	

2. 現在内服中の薬があれば記入してください

薬剤名 ()

3. 側弯症、背骨、腰のヘルニアや骨折の既往はありますか？ (はい ・ いいえ)

背骨や腰が曲がっていると指摘を受けた事がありますか？ (はい ・ いいえ)

【6】子宮頸がん検診歴について教えてください

1. 子宮頸がん検診を受けたことはありますか？

受けたことがない ・ ある (最近の検診 年 月頃 →結果： 異常なし・異常あり)

2. SEXの経験がありますか？ (はい ・ いいえ)

【7】妊娠の診察で受診された方は、サポート状況について教えてください

1. あなたの夫(パートナー)について教えて下さい 年齢 (歳) 職業 ()

2. あなたの実家住所 ()

【8】自分の身体について医師に知っておいてもらいたい事があれば記入してください