島田産婦人科　問診票

記入日（西暦）
年　　月　　日

フリガナ		年 齢	生 年 月 日	
氏　名		歳	昭和・平成・令和 年　　月　　日	
住　所	〒		生年月日（西暦）	年
			身 長	cm
			体 重	kg
電話番号			職　業	

【妊婦健診の方】緊急連絡先氏名・電話番号をご記入ください。
緊急連絡先氏名：　　続柄（　　）
電話番号：

【当院にて里帰り出産希望の方】　里帰り先の住所・電話番号・世帯主氏名をご記入ください。
世帯主氏名：　　電話番号：
住　所：

本日の受診内容すべてに〇を付けてください

・下腹部痛、腰痛　・出血　・おりもの　・下腹部の張った感じ
・外陰部のかゆみ、痛み　・排尿障害　・更年期症状（頭痛・肩こり・のぼせ等）
・月経異常　・生理不順　・月経困難症（生理痛）・PMS（月経前症候群）　・低用量ピル希望
・不妊相談　・子宮がん検診　・卵巣がん検診　・定期検診　・アフターピル希望
・妊娠（市販判定薬使用日　　／　　：出産希望　有　・　無）　・性病検査

主訴（どのような症状で来院されましたか。経過もご記入ください）

月経について

1. 初めて生理が始まった年齢は　　歳　　閉経　　歳
2. 月経周期（月経が始まって次の月経が始まるまで、およそ何日くらいですか）　　日型
3. 月経は一定の時期に正しくありますか　・ある　・ない
4. 月経はおよそ何日間くらい続きますか　　日間くらい
5. あなたの月経の量は　・多　・中　・少
6. 月経の時、体の具合が悪くなりますか
・はい（下腹部痛・腰痛・腹部の張り感・その他）　・いいえ
7. 一番最近の月経はいつでしたか　　年　　月　　日から　　日間
8. その前の月経はいつからでしたか　　年　　月　　日から　　日間

※裏面に続きがありますのでご記入ください

結婚・妊娠・分娩について

1. 性交経験はありますか　　・はい　　・いいえ

2. 結婚していますか　　・はい（　　歳　　年　　月の時）・いいえ（入籍予定：有・無）

ご主人：　　歳　血液型　　型　　パートナー：　　歳

3. 妊娠したことのある方は下の表に妊娠した順にお答えください　　血液型　　型

（当てはまるところに〇印、または数字を記入してください）

順番	年・月（西暦）	その時の年齢	妊娠の経過は						お産は			産後は		お子さんは			施設
			正常	中絶	流産	早産	子宮外妊娠	胞状奇胎	正常	吸引	帝王切開	正常	異常	男	女	出産時の体重　g	出産場所
1																	
2																	
3																	
4																	
5																	

今までに病気をしたことがありますか　　・はい　・いいえ

「はい」と答えられた方は、その時の年齢・病名を記入してください　例：24歳　虫垂炎　手術　〇〇病院

また、現在も治療中か治療終了等もお教えください

現在何か薬を飲んでいますか　　・はい　・いいえ

「はい」と答えられた方は、何歳から何の病気で何の薬を飲んでいますか

また、現在も飲んでいるか否かもご記入ください

食べ物やお薬でアレルギーをおこしたことはありますか　　・はい　・いいえ

「はい」と答えられた方は、食べ物・お薬の名前・治療中・過去に治療したこと等があれば

具体的にご記入ください。

喘息にかかったことがありますか　　・はい　最終発作（　　歳頃）　　・わからない　　・いいえ

タバコは吸いますか　　・はい（　　本／日）　・以前吸っていた（　　本／日）・いいえ

ご家族(父母・兄弟・姉妹・子供)の中に高血圧・糖尿病・その他の病気をお持ちの方はいますか　　・はい　・いいえ

「はい」と答えられた方は、具体的にご記入ください。

当院を何で知りましたか（複数回答可）

・ホームページ　　・インターネット（口コミ等）　　・家族の紹介　　・友人の紹介　　・ご近所

・看板　・広告　　・他院からの紹介　　・その他（　　）

※今後の参考にさせていただきますので、具体的な来院理由（女性医師がいる、無痛分娩がある等）や印象等がございましたらご記入ください。

（　　）