

# 外来問診票

年 月 日

氏名: \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )才

**I 今日診察にいらっしゃった目的は？**

- (1) 妊娠に関すること  
 妊娠の疑い  妊娠  
 市販の妊娠判定薬: 未・済 (実施日: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_、判定: 陽性・陰性)  
 他院受診されている方は、予定日を教えてください (予定日: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_)  
 妊娠の継続を希望されますか ( YES・NO )
- (2) 何か症状がありましたか  
 外陰部のかゆみ、痛み  子宮脱  
 帯下(おりもの)  性病の心配  
 不正出血  膀胱炎  
 下腹、腹痛  その他( \_\_\_\_\_ )  
 月経痛  不妊に関する相談  
 月経不順  他院で婦人科疾患を指摘された( \_\_\_\_\_ )  
 更年期障害  ピル ( 月経困難症・生理日変更・避妊・アフターピル )
- (3) 検診  
 癌検診  性病(感染症)検診  その他( \_\_\_\_\_ )

**II 月経について**

- ・はじめて月経があったのは \_\_\_\_\_ 才、閉経した年齢 \_\_\_\_\_ 才
- ・月経は順調ですか？ ( はい・いいえ )
- ・最終月経(一番最近にあった月経) \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ \_\_\_\_\_ 日間
- ・月経周期 \_\_\_\_\_ 日型(28日型など)。月経は何日続きますか？ \_\_\_\_\_ 日間
- ・月経の出血量 ( 少・中・多 )
- ・月経痛( 無・弱・中・強 )、痛み止め内服( 有・無 )

**III 結婚・妊娠・分娩について**

- ・結婚されていますか？  
 はい: 初婚・再婚 (夫は現在 \_\_\_\_\_ 才 健康・病気)  
 いいえ: 未婚・離婚・死別
- ・性交渉の経験 ( 有・無 )
- ・妊娠したことは ( 有・無 )
- ・今まで経験した妊娠、分娩について( 分娩・流産・中絶 )

|   | 年月日、週数 | 分娩方法(正常・帝王切開) | 出生体重(g) | 妊娠、分娩時の異常(流産など) |
|---|--------|---------------|---------|-----------------|
| ① |        | 正常・帝王切開 当院・他院 |         |                 |
| ② |        | 正常・帝王切開 当院・他院 |         |                 |
| ③ |        | 正常・帝王切開 当院・他院 |         |                 |

**IV 過去にかかった病気、手術、アレルギー**

- (1) 今までかかった病気 ( 有・無 )  
 糖尿病 高血圧 癌( \_\_\_\_\_ ) 心、肝、腎疾患 婦人科系疾患 精神的疾患
- (2) 今までに手術を受けたこと ( 有・無 )  
 虫垂炎 子宮、卵巣の手術 その他( \_\_\_\_\_ )
- (3) アレルギー ( 有・無 )  
 喘息 花粉症 その他 (食べ物: \_\_\_\_\_、薬品: \_\_\_\_\_、その他: \_\_\_\_\_)
- (4) 現在使用している薬 ( 有・無 )

- (5) 輸血経験 ( 有・無 )

**V ご家族(父母、兄弟など)に注意すべき病気はありますか**

**VI その他 気になること**