

産婦人科外来問診票

氏名				年齢	才
身長	cm	体重	kg	血液型	型 Rh()
☆本日受診した理由に○を付けて下さい ・紹介状をお持ちですか？はい・いいえ					
<ul style="list-style-type: none"> ・不正出血がある ・おりものが気になる (赤・ピンク・黄・白) ・陰部のかゆみ ・子宮筋腫があると言われた ・卵巣嚢腫があると言われた ・下腹部が痛い・子供が欲しい ・その他の理由 () 		<ul style="list-style-type: none"> ・月経が止まった ・月経が不順 ・月経痛がひどい ・月経をずらしたい 		<ul style="list-style-type: none"> ・子宮が下がっている ・子宮癌健診希望 ・性感染症の検査希望 	
		<ul style="list-style-type: none"> ・妊娠の可能性がある 			
		妊娠班の検査 (+・-・?)		検査日 /	
		出産希望・中絶希望		妊娠前体重 kg	
月経歴：初潮 () 才 閉経 () 才 周期 () 日 周期 () 日位 最終下系 月 日から 日間			妊娠歴：出産 () 回 流産 () 回 中絶 () 回		
結婚歴：既婚 () 才 未婚 (性交経験 有・無)					
出産年月日		性別	出生時体重	分娩形式 (帝王切開など)	
年 月 日	男・女		g	正常・異常 ()	
年 月 日	男・女		g	正常・異常 ()	
年 月 日	男・女		g	正常・異常 ()	
<ul style="list-style-type: none"> ・今までに大きな病気になったり、手術を受けたことはありますか？ いいえ・はい (内容：) ・アレルギー症状を起こす薬はありますか？ いいえ・はい (内容：) ・現在、投薬を受けている薬はありますか？ いいえ・はい (内容：) 					
子宮癌検診は受けていますか？ いいえ・はい (最後に受けたのはいつですか？ 年 月 日)					
<ul style="list-style-type: none"> ・血縁の方の中に、大きな病気や慢性疾患の方はいますか？ () に続柄をご記入ください 高血圧 () ・糖尿病 () ・心臓病 () ・癌 () その他 () 					