

# 川間太田産婦人科医院

## 産婦人科外来問診表

カルテ No.

年 月 日

お名前 \_\_\_\_\_

年齢 \_\_\_\_\_ 歳

■下記の質問に答えて受付にお渡し下さい。(あてはまるものに○印をつけて下さい)

### ●どうなさいましたか

- |                           |                      |
|---------------------------|----------------------|
| 1, 月経が止った                 | 13, 不眠、いろいろ、肩こり      |
| 2, 月経の異常                  | 14, 食欲がない、はきけ        |
| 3, 月経と違った出血               | 15, むくみ              |
| 4, ありものが多い（赤、ピンク、褐色、黄色、白） | 16, 胸がどきどきする         |
| 5, 陰部がかゆい、痛い              | 17, 癌の検査             |
| 6, あながち痛い                 | 18, 子供が出来ない          |
| 7, 腰が痛い                   | 19, 性生活の相談           |
| 8, しこり（あながち、陰部、乳房）        | 20, 避妊の方法を知りたい       |
| 9, 尿がちかい                  | 21, 性病の心配            |
| 10, 排尿のとき痛む               | 22, 分娩の希望（当院、帰省、その他） |
| 11, 熱がある                  | 23, 不快なこと（ ）         |
| 12, 頭痛、めまい、のぼせ            |                      |

### ●あなたの月経について

①はじめて月経をみた年齢（ ）歳（小・中学 年）

②何歳まで月経がありましたか（ ）歳

③最後の月経はいつでしたか

年 月 日から 日間（その前の月経は 月 日～ 日間）

④月経は順調（ ）日型 不順

（周期とは月経開始日より次の月経開始の前日の日数）

⑤月経は何日位続きますか（ ）日間

⑥月経の量は 多い 普通 少い

⑦月経の時痛みますか はい いいえ

⑧月経の時他にどこか悪いとこはありますか はい いいえ

## ●あなたの結婚、妊娠、分娩について

- ①性交（セックス）の経験がありますか はい いいえ
- ②結婚している 同棲中 婚約中
- ③妊娠したことありますか はい いいえ
- ④妊娠したことのある方は次にお答え下さい。
- 人工妊娠中絶（　　）回
- 自然流産（　　）回
- 分娩（　　）回

## ●今迄かかった主な病気、受けた手術について（婦人科以外も含めて）

- ①病気になつたり手術をうけたことがありますか はい いいえ
- ②主な病気は
- （　　）（　　）歳の時
- （　　）（　　）歳の時
- ③手術は
- （　　）（　　）歳の時
- ④アレルギー体質と医師にいわれたことがありますか はい いいえ
- ⑤今まで使つた薬や注射で副作用をあこしたことがありますか はい いいえ
- ⑥ぜんそくにかかったことがありますか はい いいえ
- ⑦輸血を受けたことがありますか はい いいえ

## ●その他

- ①あなたの職業は（　　）
- ②御主人について
- 年齢（　　）歳 職業（　　） 健康ですか はい いいえ
- ③今にかかった病気は（　　）
- ④家族の中に何か特別な病気の人がありますか  
いる いない（遺伝病、高血圧、糖尿病、癌、その他）
- ⑤あなたの
- 身長（　　）体重（　　）血液型は 型RH（　　）
- ⑥飲酒の習慣ありますか ない ある（強い、普通、弱い）
- ⑦喫煙の習慣ありますか ない ある（1日　　本）