

# 真田産婦人科麻酔科クリニック問診票

記入日： 20 年 月 日

フリガナ			生年月日		年齢
お名前			昭・平	年 月 日	才
住民票のある住所	〒 - 都道府県				
携帯番号	- -		電話番号	- -	
緊急連絡先	- - (本人との関係： )				
職業			身長	cm	体重 kg
受診の目的	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん検査 <input type="checkbox"/> 不正出血 <input type="checkbox"/> おりもの <input type="checkbox"/> 外陰部のかゆみ <input type="checkbox"/> おなかが痛い <input type="checkbox"/> 子供が欲しい <input type="checkbox"/> 更年期症状 <input type="checkbox"/> 生理日の変更 <input type="checkbox"/> 月経の相談 <input type="checkbox"/> アFTERピル <input type="checkbox"/> 性病検査 <input type="checkbox"/> 妊娠検査(つわり：ある・ない) *妊娠検査薬での確認( <input type="checkbox"/> 月 日(陽性・陰性) <input type="checkbox"/> 未確認) その他 先生に尋ねたい事など ( )				

当てはまる□に✓を入れてください

月経について	初経： 才      閉経： 才	最終月経： 年 月 日から 日間
	周期： 日(順調・不順)	月経痛：ひどい(部位 )・軽い・ない
	量： 多い・普通・少ない	痛み止めの服用： ある・ない
内診台での診察(股関節の開き)に支障はありますか	<input type="checkbox"/> ある 具体的に：	<input type="checkbox"/> ない
子宮頸がん検診を受けたことはありますか	<input type="checkbox"/> ある いつ頃： 年 月ごろ	<input type="checkbox"/> ない
男性との性交渉の経験はありますか	<input type="checkbox"/> ある ※婦人科の診察では内診が必要な場合もあるためお聞きしています	<input type="checkbox"/> ない
今までに産婦人科関連の病気にかかったことはありますか	<input type="checkbox"/> 子宮筋腫 <input type="checkbox"/> 子宮内膜症 <input type="checkbox"/> 子宮腺筋症 <input type="checkbox"/> 子宮奇形 <input type="checkbox"/> B群溶連菌(GBS)陽性 <input type="checkbox"/> 卵巣腫瘍 <input type="checkbox"/> その他(病名： )	<input type="checkbox"/> ない
外陰ヘルペスといわれたことはありますか	<input type="checkbox"/> ある いつ頃： 年 月ごろ	<input type="checkbox"/> ない
今までに飲み薬、注射、食べ物などで発疹がでたり具合が悪くなったりしたことはありますか	薬や注射： 食べ物：	<input type="checkbox"/> ない
アレルギーはありますか	<input type="checkbox"/> イソジン消毒 <input type="checkbox"/> アルコール(エタノール含綿)消毒 <input type="checkbox"/> 金属 <input type="checkbox"/> ゴム <input type="checkbox"/> アボカド、クリ、バナナ、キウイ、パイナップル、メロン <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> ない
今までに右記のような病気にかかったことはありますか	<input type="checkbox"/> 喘息(小児喘息・気管支喘息含：最終発作は__才) <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 腎疾患 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 脳内出血 <input type="checkbox"/> 自己免疫性疾患 <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 静脈血栓塞栓症 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 精神疾患( <input type="checkbox"/> うつ病 <input type="checkbox"/> パニック障害 <input type="checkbox"/> その他( ) ) <input type="checkbox"/> 上記以外の病気( )	<input type="checkbox"/> ない

現在、医師の指示で飲んでいる薬や通院・治療している病気はありますか	薬名： 病名：	<input type="checkbox"/> ない
今までに手術を受けたことはありますか	<input type="checkbox"/> ある 手術名： 　　　　　　　　　　　いつ頃： 　　　　　年 月 日	<input type="checkbox"/> ない
輸血したことはありますか	<input type="checkbox"/> ある いつ頃： 　　　　　年 月 日	<input type="checkbox"/> ない
嗜好品について たばこ 飲酒 ハーブティやコーヒー、緑茶など	<input type="checkbox"/> 現在吸っている（1日に__本を__年間） <input type="checkbox"/> 以前吸っていた <input type="checkbox"/> ほぼ毎日（1日に（種類）を（量）ぐらい） <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> ほぼ毎日（1日に（種類）を（量）ぐらい） <input type="checkbox"/> ときどき	<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲まない
パートナーはいますか	<input type="checkbox"/> いる（ <input type="checkbox"/> 結婚している <input type="checkbox"/> 予定）	<input type="checkbox"/> いない
妊娠・出産の経験について	妊娠回数： 　　回 / 出産回数： 　　回 流産 <input type="checkbox"/> ある（ 　　回/ 　　年 　　年 ） 人工中絶 <input type="checkbox"/> ある（ 　　回/ 　　年 　　年 ） 子宮外妊娠 <input type="checkbox"/> ある（手術： <input type="checkbox"/> ある 年 <input type="checkbox"/> ない）	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ない
	(西暦) 出産月 　　　 妊娠週数 　　　 性別 　　　 体重 　　　 分娩方法 　　　 出産場所	
1	年 月 日 　　　 週 　　　 男・女 　　　 g 　　　 自然分娩・吸引・鉗子・帝王切開	当院・他院（ 　　　 ）
2	年 月 日 　　　 週 　　　 男・女 　　　 g 　　　 自然分娩・吸引・鉗子・帝王切開	当院・他院（ 　　　 ）
3	年 月 日 　　　 週 　　　 男・女 　　　 g 　　　 自然分娩・吸引・鉗子・帝王切開	当院・他院（ 　　　 ）
4	年 月 日 　　　 週 　　　 男・女 　　　 g 　　　 自然分娩・吸引・鉗子・帝王切開	当院・他院（ 　　　 ）
5	年 月 日 　　　 週 　　　 男・女 　　　 g 　　　 自然分娩・吸引・鉗子・帝王切開	当院・他院（ 　　　 ）
ご自身の両親、兄弟姉妹に右記の病気の方はありますか	<input type="checkbox"/> 喘息（どなた： 　　　　　　　　　） <input type="checkbox"/> 高血圧（どなた： 　　　　　　　　　） <input type="checkbox"/> 糖尿病（どなた： 　　　　　　　　　） <input type="checkbox"/> 腎疾患（どなた： 　　　　　　　　　） <input type="checkbox"/> 心疾患（どなた： 　　　　　　　　　） <input type="checkbox"/> 静脈血栓塞栓症（どなた： 　　　　　　　　　） <input type="checkbox"/> 精神疾患（病名： 　　　　　　　　　 どなた： 　　　　　　　　　） <input type="checkbox"/> 遺伝性疾患（病名： 　　　　　　　　　 どなた： 　　　　　　　　　） <input type="checkbox"/> その他（病名： 　　　　　　　　　 どなた： 　　　　　　　　　）	<input type="checkbox"/> いない

現在 妊娠している もしくは 妊娠の可能性のある方へお聞きます 当てはまる□に✓を入れてください

夫・パートナーについて	同居： している ・ していない	年齢： 　　才	身長： 　　cm	血液型： 　　型
今回の妊娠について	<input type="checkbox"/> 自然妊娠 <input type="checkbox"/> 不妊症治療後妊娠 <input type="checkbox"/> その他（ 　　　　　　　　　 ）			
ここ3カ月以内で右記に該当はありますか	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> 頸部リンパ節の腫れ <input type="checkbox"/> 風疹患者との接触			<input type="checkbox"/> ない
子どもとの接触が多い仕事ですか	<input type="checkbox"/> はい			<input type="checkbox"/> いいえ
今までの妊娠、出産の経過について右記に該当はありますか	<input type="checkbox"/> 妊娠高血圧症候群（妊娠中毒症） <input type="checkbox"/> 早産（ 　　週） <input type="checkbox"/> 常位胎盤早期剥離 <input type="checkbox"/> ヘルプ症候群 <input type="checkbox"/> 分娩時大量出血 <input type="checkbox"/> その他（ 　　　　　　　　　 ）			<input type="checkbox"/> ない
出産した児について右記に該当はありますか	<input type="checkbox"/> 肩甲難産 <input type="checkbox"/> 新生児仮死 <input type="checkbox"/> 死産 <input type="checkbox"/> 新生児死亡 <input type="checkbox"/> B群溶連菌(GBS)感染症 <input type="checkbox"/> その他（ 　　　　　　　　　 ）			<input type="checkbox"/> ない
子宮頸部円錐切除術を受けたことはありますか	<input type="checkbox"/> ある 　　　　　年に手術			<input type="checkbox"/> ない
妊娠の継続を希望しますか	<input type="checkbox"/> はい（ 当院 ・ 他院 ・ 考え中 ） <input type="checkbox"/> 方針未定（相談したい）			<input type="checkbox"/> いいえ

この問診票は記入後、受付にご提出ください