

産婦人科予診表 裏面もあります

記入日 西暦 20 年 月 日 外国人の方は国籍： _____

受診する方の氏名 _____ 生年月日 年 月 日 歳 職業： _____

配偶者（パートナー）氏名 _____ 生年月日 年 月 日 歳 職業： _____

住所 _____ 携帯電話 _____

身長： _____ cm 体重： _____ Kg 本日本体温 _____ °C(患者) _____ °C(その他： _____)

※不明な場合は測定して下さい。

・ **本日来院した理由は何ですか** ※該当する項目に○をつけ必要事項を記入して下さい。

_____ 病院からの紹介受診・癌検診希望

子宮筋腫・子宮腫瘍・卵巣腫瘍・性器出血

生理の異常・おりものの異常・かゆみ・子宮脱

不妊症・妊娠・胎児の異常

その他： _____

血圧測定用紙貼付

来院時、測定していただきます。

尿蛋白()糖()ケトン()

・ **生理（月経）について**

生理が初めてあったのは？ _____ 歳

最後の生理は _____ 年 _____ 月 _____ 日から始まり _____ 日間続いた。

その前の生理は _____ 年 _____ 月 _____ 日から始まり _____ 日間続いた。

生理の周期は _____ 日周期 早い時は _____ 日 遅い時は _____ 日 不規則

生理痛は？（ない・普通・辛い・寝込む）生理の量は？（少ない・普通・多い・とても多い）

鎮痛剤は？（飲まない・時々飲む・毎周期飲む・毎周期連日飲む）

生理が止まった（閉経）歳は？ _____ 歳

・ **結婚について**

結婚は？ 未婚・既婚： _____ 歳の時・離婚： _____ 歳の時・再婚： _____ 歳の時・死別

同棲中 _____ 年 _____ 月から 入籍予定は？（ある：いつ頃？ _____ ・ない・未定）

性交渉の経験はありますか？（ある・ない）

※妊娠している方に妊娠の継続や赤ちゃんに配慮した適切な診療を行う為にお伺いします。

現在妊娠していますか（はい・いいえ・妊娠の可能性ある） 妊娠前の体重： _____ Kg

⇒妊娠反応をしましたか？ はい： _____ 月 _____ 日 結果（陽性・陰性）・いいえ

現在妊娠中⇒予定日： _____ 月 _____ 日 出産しますか（はい・いいえ・未定）

分娩場所は（当院・他院・検討中） 育児などのサポートは（なし・あり：どなたが主？ _____)

・ **妊娠・出産歴について** ※妊娠中の方は 今回の妊娠を含めた回数 を数えて下さい。

妊娠 _____ 回 分娩 _____ 回（帝王切開：ない・ある _____ 回）

流産 _____ 回 中絶 _____ 回 子宮外妊娠 _____ 回 胎状奇胎 _____ 回

	分娩・流産	月数	妊娠分娩経過	体重	性別	場所
1	年 月	ヶ月	流産・中絶・正常分娩・帝王切開・異常 _____	g	男・女	
2	年 月	ヶ月	流産・中絶・正常分娩・帝王切開・異常 _____	g	男・女	
3	年 月	ヶ月	流産・中絶・正常分娩・帝王切開・異常 _____	g	男・女	
4	年 月	ヶ月	流産・中絶・正常分娩・帝王切開・異常 _____	g	男・女	

・アレルギーについて(なし・あり：食物・薬剤・動物・植物・ゴム製品・花粉症など)

具体的なアレルギー源 : 症状

・今までの病気について ※該当項目には○をして詳細を記載して下さい

- ・肝臓 ・腎臓 ・心臓 ・糖尿病 ・高血圧 ・甲状腺 ・自己免疫疾患
・脂質異常症 ・虫垂炎(盲腸) ・喘息 ・結核 ・精神疾患 ・性感染症

年齢	病名	病院名
年齢	病名	病院名
年齢	病名	病院名
年齢	病名	病院名

・手術を受けたことが(ない・ある)

年齢	病名・術式
年齢	病名・術式
年齢	病名・術式

・輸血を受けたことが(ない・ある：年齢と病名)

・服用している薬について(ない・ある)※お薬手帳をお持ちの方は提示してください

例：50歳からバファリン 1回1錠 1日3回

・家族の病気について

家族及び血縁者の方に高血圧の方が(いない・いる：どなたが?)

家族及び血縁者の方に糖尿病の方が(いない・いる：どなたが?)

その他(例：弟がうつ病 叔母が子宮がん)

・生活について

たばこを吸いますか？(はい：1日あたり 本・いいえ・ 年前に禁煙した)

お酒を飲みますか？(飲まない・飲む：1日あたり 本・時々：週に 日)

信仰されている宗教はありますか？(ない・ある：)

視覚障害(なし・あり：眼鏡・コンタクト) 聴覚障害(なし・あり：両方・右・左)

・その他

新型コロナウイルスのワクチン接種について

接種した(1回目 月 日 2回目 月 日)

今後接種する予定(月)

接種していない