



# さとう産婦人科 問診票

フリガナ

お名前 \_\_\_\_\_ 年齢 (満) \_\_\_\_\_ 歳 身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg  
\_\_\_\_\_ 千 \_\_\_\_\_ (BMI: \_\_\_\_\_) スタッフ記入します

住民票住所 \_\_\_\_\_ 携帯電話 \_\_\_\_\_

## 1) 今日はどのようなことでおいでになりましたか。(あてはまる項目すべてに○をつけてください)

- |                      |                    |                   |
|----------------------|--------------------|-------------------|
| 1. 下腹部痛・腰痛           | 7. 子宮筋腫・子宮内膜症といわれた | 13. 妊娠しているかどうか    |
| 2. 月経前のイライラや頭痛       | 8. 卵巣がはれているといわれた   | ※妊娠の場合【分婏希望・中絶希望】 |
| 3. 月経痛               | 9. 更年期障害           | 【当院・他院】で出産希望      |
| 4. 不正性器出血・月経不順       | 10. 子宮が下がってきている    | 14. 里帰り出産         |
| 5. おりものが多い           | 11. 手術後の定期健診       | 15. 子供ができない       |
| 陰部が(かゆい・痛い)          | 12. 避妊の相談          | 16. その他           |
| 6. 子宮癌・乳がん検診(市町村・個人) |                    | ( _____ )         |

## 2) いつころからお気づきになりましたか。

( \_\_\_\_\_ 日前、 \_\_\_\_\_ 月前、 \_\_\_\_\_ 年前)

## 3) 月経について

- (1) 初めての月経は \_\_\_\_\_ 歳
- (2) 月経周期 — 月経が始まった日から次の月経が始まるまで  
順調 ・ ほぼ順調 ( \_\_\_\_\_ 日間)  
不順 (短い時 \_\_\_\_\_ 日間、 長い時 \_\_\_\_\_ 日間)
- (3) 月経期間 — 月経が始まった日から終わるまで ( \_\_\_\_\_ 日間)
- (4) 月経の量は 多い ・ 普通 ・ 少ない
- (5) 月経に伴って以下の症状はありますか 頭痛・下腹部痛・腰痛・その他 ( \_\_\_\_\_ )
- (6) 最近の月経は 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日より \_\_\_\_\_ 日間
- (7) その前の月経は 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日より \_\_\_\_\_ 日間
- (8) 閉経の年齢は \_\_\_\_\_ 歳

## 4) 結婚・妊娠・出産について

- (1) 結婚していますか はい(当時 \_\_\_\_\_ 歳)・いいえ
- (2) 離婚なさいましたか はい(当時 \_\_\_\_\_ 歳)・いいえ
- (3) 再婚なさいましたか はい(当時 \_\_\_\_\_ 歳)・いいえ
- (4) セックスの経験はありますか はい・いいえ
- (5) 妊娠されたことがありますか はい・いいえ
- |   |   |                        |         |    |
|---|---|------------------------|---------|----|
| ① | 歳 | (中絶・流産・分婏 → 経膈分婏・帝王切開) | カ月(男・女) | g) |
| ② | 歳 | (中絶・流産・分婏 → 経膈分婏・帝王切開) | カ月(男・女) | g) |
| ③ | 歳 | (中絶・流産・分婏 → 経膈分婏・帝王切開) | カ月(男・女) | g) |
| ④ | 歳 | (中絶・流産・分婏 → 経膈分婏・帝王切開) | カ月(男・女) | g) |

裏面の記入もごさいます。

5) 今回の症状について他の病院で診てもらったことがありますか。 **ある** ・ **ない**

● 「ある」の場合、その病院でどのような説明を受けましたか。

.....  
.....  
.....

6) 現在、何か薬を飲んでいらっしゃいますか。 **いる** ・ **いない**

● 「いる」の場合、薬の名前がわかりますか。

.....  
.....  
.....

7) これまでに薬や食品、アルコール・ゴムなどで  
アレルギー症状を発症したことがありますか。 **ある** ・ **ない**

● 「ある」の場合、どのような症状でしたか。

.....  
.....  
.....

8) 今までに大きな病気をしたことや、手術を受けたことがありますか。 **ある** ・ **ない**

● 「ある」の場合、いつ頃どんな病気や手術でしたか。

.....  
.....  
.....

9) ご家族やご親戚で、次のような病気にかかったことのある方がいらっしゃいますか。  
それはどなたですか。

心臓病 ( ) 糖尿病 ( ) 高血圧 ( ) 脳卒中 ( )  
結核 ( ) 喘息・アレルギー ( ) 癌 ( ) その他 ( )

10) お酒はのみますか。 はい・いいえ・やめた ( 年前)

● 「はい」の場合・・・※ ( ) 年前から飲んでいる

※最近では、平均して1日(ビール・日本酒・ウイスキー)を  
( ) 本・合・杯ほど飲んでいる。

11) 煙草は吸いますか。 はい・いいえ・やめた ( 年前)

● 「はい」の場合・・・※ ( ) 年前から吸っている

※最近では平均して1日 ( ) 本吸っている。

最後までご記入いただき、ありがとうございました。