

受診日：20\_\_年\_\_月\_\_日 お名前：\_\_\_\_\_（ 才 ）

1. 最後の生理はいつからですか？ \_\_\_\_月\_\_日から\_\_日間（ 妊娠中・授乳中・閉経\_\_才 ）

2. 妊娠の可能性はありますか？ ない（性行為がない） ・ 分からない ・ ある（性行為がある）

□妊娠検査薬はしましたか？ していない ・ した（ \_\_\_\_月 \_\_\_\_日 ） ⇒ 結果は（ 陽性 ・ 陰性 ）  
\*結果が陽性の方は受付で産科問診票をお受け取りください。

3. 本日は、どのようなことでおいでになりましたか？

↓この下の□から該当する箇所を☑チェックし、右側に詳細をご記入ください。複数回答可です。

<input type="checkbox"/> 目黒区の検診	※区検診以外に婦人科の診察のご希望は <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ⇒ 以下の記入もお願いします （別途診察料がかかります）
<input type="checkbox"/> 生理の悩み （具体的に）	
<input type="checkbox"/> 不正出血	<input type="checkbox"/> 生理前にある <input type="checkbox"/> 生理が終わってから数日後に <input type="checkbox"/> その他：
<input type="checkbox"/> おりものや 陰部の異常	<input type="checkbox"/> 量が多い <input type="checkbox"/> 匂いがある <input type="checkbox"/> 色の変化：____色 <input type="checkbox"/> かゆみがある <input type="checkbox"/> 痛みがある <input type="checkbox"/> できものがある <input type="checkbox"/> その他：
<input type="checkbox"/> お腹や腰が痛い	<input type="checkbox"/> 生理の時 <input type="checkbox"/> 生理の前 <input type="checkbox"/> 生理に関係なく <input type="checkbox"/> 性交時 <input type="checkbox"/> 排便時 <input type="checkbox"/> 排尿時 <input type="checkbox"/> 波がある（ _____ ） <input type="checkbox"/> 波が無い
<input type="checkbox"/> 不妊相談	避妊をしていない期間をお聞かせください ____年 ____ヶ月間
<input type="checkbox"/> 更年期相談	（詳しい内容に関しては、受付で説明用紙をお受け取りください。）
<input type="checkbox"/> 婦人科検診	<input type="checkbox"/> 超音波 <input type="checkbox"/> 子宮頸がん <input type="checkbox"/> 子宮体がん <input type="checkbox"/> 性病検査（ _____ ） <input type="checkbox"/> その他：
<input type="checkbox"/> ワクチン希望	<input type="checkbox"/> HPV（子宮頸がんワクチン） <input type="checkbox"/> インフルエンザワクチン <input type="checkbox"/> 麻疹・風疹ワクチン
<input type="checkbox"/> 月経移動	避けたいのは： ____月__日 ~ ____月__日
<input type="checkbox"/> 避妊相談	<input type="checkbox"/> 緊急避妊（性交日： ____月__日の ____時頃） <input type="checkbox"/> ピル希望 <input type="checkbox"/> 子宮内避妊具希望
<input type="checkbox"/> 他院や検診で 異常を指摘された	内容：  医療機関名：
<input type="checkbox"/> その他	

◎該当する□に☑を入れ、( )内に記入して下さい

お名前：\_\_\_\_\_

身長( )cm 体重( )kg ←ご妊娠中の方は妊娠前の体重をお書きください。

初潮( )歳  
閉経( )歳

月経周期 : 生理が始まった日から次の生理が始まるまでの日数  
 規則的  不規則的 ( )日～( )日

性経験  なし  あり  
内診経験  なし  あり

結婚  未婚  既婚 ( )歳  
離婚歴  なし  あり ( )歳

職業 ( )

薬剤アレルギー  なし  あり ( )

食物アレルギー  なし  あり ( )

●これまでの妊娠に関して書き下さい

		妊娠( )回	分娩( )回	流産( )回	中絶( )回	その他( )				
NO	西暦 年/月/日	年齢	妊娠週	児体重(g)	性別	建否	分娩方法 (吸引・帝王切開等)	流産や中絶など	分娩施設	その他 (体外受精や高血圧、分娩時の特記)
例	2011/12/9	27	39	3120	女	健	自然分娩		育良クリニック	促進剤使用

●ご自身の病気や生活習慣などに関して、該当する□に☑を入れ、下の空欄に年齢、治療方法(内服、手術等)、病院名をご記入ください。

子宮内膜症     筋腫・腺筋症     卵巣腫瘍     性感染症     精神疾患  
 高血圧     糖尿病     脳疾患     緑内障     甲状腺疾患     喘息     自己免疫疾患  
 ガン     手術歴     入院歴     飲酒     喫煙     現在服用中の薬     その他：

[ ]

●ご家族の病気 ( )の中に続柄をお書きください。例：☑ガン(祖父・父)等

高血圧 ( )     糖尿病 ( )     ガン ( )     その他 ( )

●1年以内に子宮頸がん検診を受けましたか？  
 なし ⇒ 近日中に職場健診等で受ける予定はありますか？  ない  ある  
 ある ⇒ いつ頃ですか？ ( )年 ( )月頃 ⇒ 結果は？  問題なし  問題あり

●風疹の抗体検査をしたことがありますか？  ある  ない → (住民票は  目黒区  それ以外 )