

産婦人科問診票

第2海老名レディースクリニック

他院からの紹介状（あり・なし）

記入日 年 月 日

ふりがな お名前	年齢： 歳	生年月日：西暦 年 月 日 未婚・既婚・婚約中
自宅住所（ ）	自宅電話： - - 携帯電話： - -	

●マイナンバー保険証による診療情報取得に同意しますか？ （はい・いいえ）	受診歴の有無 ・海老名レディースクリニック 不妊センター（ ） ・並木産婦人科クリニック（ ） ・並木産婦人科 本厚木駅前クリニック（ ）
---	--

●月経・子宮がん検診に関すること、
来院理由をお尋ねします。

＜月経・子宮がん検診に関すること＞

・初潮：（ 歳） ・閉経：（ 歳）

・一番最近の月経はいつですか _____ 月 _____ 日から _____ 日間

・月経周期は順調ですか 順調（ 日型） 不順（ 日～ 日型）

・子宮がん検診は受けたことがありますか
→ ある _____ 年 _____ 月 結果：正常 / 異常 ない

※1年以内にかん検診をしていない方は、本日検査をお勧めします。

＜来院理由＞

市がん検診（海老名市・綾瀬市・座間市の検診 ☆超音波検査の希望（¥1,650）：あり / なし）

定期検診（子宮頸がん・子宮体がん・子宮筋腫・卵巣チェック）

気になる症状がある：不正出血・下腹部痛・陰部のかゆみ・排尿痛
→ その症状はいつからですか（ 月 日から）

・その他 _____

更年期相談（※チェック表の記載があります）

PMS 生理前症候群（※チェック表の記載があります） 月経困難症・生理痛（※チェック表の記載があります）

不妊治療

月経移動 月経が来てほしくない時期：_____ 月 _____ 日～ _____ 月 _____ 日

避妊相談（ピル・アフターピル・その他）

性病検査

プレコンセプションチェック（※専用の問診表があります）

子宮頸がんワクチン（HPVワクチン）の相談

妊娠診断
→ 市販の検査薬で検査しましたか はい 検査日：_____ 月 _____ 日 結果：陽性 / 陰性
 いいえ

→ 出産希望はありますか はい：並木産婦人科・転院・里帰り（県外・県内）
 いいえ 考え中

その他 _____

※裏面もご記入ください

1. 性交の経験はありますか ある ない
 2. 産婦人科の診察を受けたことはありますか ある ない
 3. 今までに妊娠したことはありますか ある ない

→「ある」方は、以下にご記入ください

妊娠 () 回 出産 () 回

流産 () 回 人工中絶 () 回 子宮外妊娠 () 回 胎状奇胎 () 回

年(西暦)月日	週数	健否	性別	出生時 体重	妊娠・分娩経過	帝王切開 の理由	病院名
年 月 日	週	健・否		g	経膈分娩・帝王切開 流産・中絶・()		
年 月 日	週	健・否		g	経膈分娩・帝王切開 流産・中絶・()		
年 月 日	週	健・否		g	経膈分娩・帝王切開 流産・中絶・()		
年 月 日	週	健・否		g	経膈分娩・帝王切開 流産・中絶・()		

4. 薬や食品のアレルギーはありますか ある ない

薬品名: _____

食品名: _____

5. 現在、服用している薬はありますか ある ない

薬剤名: _____

6. 現在、治療中の病気はありますか ある ない

病名: _____

7. 過去に大きな病気や入院をしたことはありますか ある ない

病名: _____ (歳)

_____ (歳)

8. 手術の経験はありますか ある ない

病名: _____ (歳)

_____ (歳)

9. 緊急時、輸血を受けることは可能ですか 可 不可

10. ご家族の中に病気をお持ちの方はいますか ある ない

続柄	病名
実父	糖尿病 ・ 高血圧 ・ がん () ・ 精神疾患 ・ その他 ()
実母	糖尿病 ・ 高血圧 ・ がん () ・ 精神疾患 ・ その他 ()
	糖尿病 ・ 高血圧 ・ がん () ・ 精神疾患 ・ その他 ()

11. おタバコは吸いますか 吸う (1日 本) 吸わない

12. 今までにいずれかを指摘されたことがありますか
 ある (B型肝炎 ・ C型肝炎 ・ 梅毒 ・ HIV) ない

13. 身長・体重を教えてください

身長: _____ cm 体重: _____ kg (BMI: _____)

※お手洗いに体重計がありますので、計測して記入してください。