

婦人科のご相談は1、2、3枚目を記入してください。

産科のご相談は1、4、5枚目を記入してください。

1

アレルギー情報

氏名： \_\_\_\_\_

- ・赤くなる
- ・腫れる
- ・蕁麻疹・唇が腫れる
- ・かゆくなる（耳・喉の奥がかゆい）
- ・口の中がヒリヒリする
- ・息苦しくなる

これまでに以下のものを使用したり食べた時に、上記のようなアレルギー症状を起こしたことがありますか？

			詳細記入してください
薬	抗生剤	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり	
	造影剤	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり	
	痛みどめ (ロキソニン・バファリンなど)	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり	
	消毒薬(アルコール綿など)	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり	
	その他		
物質	ラテックス	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり	
	避妊具 (コンドーム)	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり	
	ゴム製手袋 (キッチン用・掃除用など)	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり	
	金属	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり	
食品	フルーツ類 (キウイ・マンゴー・バナナなど)	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり	
	ナッツ類 (ピーナッツ・アーモンドなど)	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり	
	野菜 (アボガド・ポテト・トマトなど)	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり	

(愛育病院の受診時には、入院を考慮した問診票の記入が新たに必要になります。)

お名前：  
年 齢：( )歳

※診療の手助けとなりますので、可能な限り詳しくお書きください。

①最後の生理はいつからですか？	____月 ____日から ____日間 不明	・妊娠中 (妊娠反応陽性も含みます)
②その前の生理はいつからですか？	____月 ____日から ____日間 不明	・授乳中 ・閉経 ____才

受診理由をお書き下さい。

□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"/> 妊娠	別紙の産科予診票を記入して下さい。	
<input type="checkbox"/> 生理の悩み (具体的に)	月経痛・ 月経量が多い・ゴロツとしたかたまりが出る 月経前緊張症候群(PMS)	
	薬を内服 している	鎮痛剤( ) その他 漢方( )
<input type="checkbox"/> 不正出血	生理前にある・生理が終わってから数日後に・その他	
<input type="checkbox"/> おりものの異常	量が多い・匂いがある・色の変化( )色)・	
<input type="checkbox"/> お腹や腰が痛い	生理の時生理の前・生理に関係なく・性交時・排便時・排尿時 波がある( )	
<input type="checkbox"/> 陰部の異常	かゆみがある・痛みがある・できものがある・違和感・	

<input type="checkbox"/> 不妊相談	避妊をしていない期間： ____年 ____ヶ月間
<input type="checkbox"/> 更年期相談	
<input type="checkbox"/> 避妊相談	緊急避妊(性交日： ____月 ____日の ____時頃)・ピル希望 子宮内避妊具希望
<input type="checkbox"/> 月経移動	避けたいのは ____月 ____日～ ____月 ____日

<input type="checkbox"/> 婦人科検診	子宮頸がん(子宮の入り口)・子宮体がん(子宮の内膜)
<input type="checkbox"/> 性病検査	クラミジア・梅毒・淋病・エイズ・B型肝炎・

<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	
------------------------------	--

お名前：  
身長( )cm 体重( )kg

●月経に関して

月経周期	____日から ____日型 (生理が始まった日から次の生理が始まるまでの日数)		
	持続日数 ____日から ____日間	規則的・不規則的	
	量：少ない・普通・多い	症状：下腹痛・頭痛・腰痛・	
初経年齢	____歳	閉経した方 年齢	閉経 ____歳

●これまでの妊娠に関してお書きください

妊娠( )回・分娩( )回・流産( )回・中絶( )回・その他( )										
回数	西暦年/月/日	年齢	週数	児体重(g)	性別	健否	分娩方法 吸引鉗子 帝王切開	流産 中絶 子宮外妊娠	分娩施設	体外受精・妊娠高血圧・ヘルプ症候群・大量出血・胎盤早期剥離
例	2002/3/3	27	39	3004	女	健	自然分娩		愛育病院	促進剤使用
1	/ /									
2	/ /									
3	/ /									
4	/ /									
5	/ /									

●今までに指摘されたことのある産婦人科疾患・病気について

<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"/> 卵巣腫瘍
<input type="checkbox"/> 性感染症	<input type="checkbox"/> その他( )			
<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<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"/> 自己免疫疾患	<input type="checkbox"/> 喘息(下記に最終発作を記入)		<input type="checkbox"/> ガン
<input type="checkbox"/> 脳梗塞	<input type="checkbox"/> 脳内出血	<input type="checkbox"/> てんかん	<input type="checkbox"/> 精神疾患	<input type="checkbox"/> 緑内障
<input type="checkbox"/> 血液疾患	<input type="checkbox"/> 血栓症	<input type="checkbox"/> その他( )		

上記チェックされた方は下記チェックと詳細をお書きください。

<input type="checkbox"/> 入院歴あり	
<input type="checkbox"/> 手術歴あり	
<input type="checkbox"/> 輸血歴あり	

●その他

<input type="checkbox"/> 飲酒(週に____回)	<input type="checkbox"/> 喫煙(一日____本)
<input type="checkbox"/> 現在服用中の薬( )	

●ご家族の病気 ( )の中に詳細・続柄をお書きください。

例：☑ガン(祖父・胃癌、父・肺癌)等

<input type="checkbox"/> 高血圧( )	<input type="checkbox"/> 糖尿病( )	<input type="checkbox"/> 静脈血栓塞栓症( )
<input type="checkbox"/> 血友病などの血液疾患( ) <input type="checkbox"/> ガン( )		
<input type="checkbox"/> その他の遺伝性疾患( )		

<産科問診票：妊娠反応が陽性の方> 2020/1 改訂

氏名：

最終月経開始日： 20 / / or 不明  
 分娩予定日： 20 / / (決定している場合)  
 不妊治療：  無  有(病院名： )  
 タイミング法  排卵誘発剤  AIH  
 IVF(体外受精)  
 顕微受精  
 新鮮胚  
 凍結胚(採卵日 / / )  
 卵子提供妊娠

妊娠反応が陽性になった日： 20 / /  
 他院を受診して妊娠診断を受けた： 20 / / (or 愛育病院)  
 (病院名： )

月経関連情報  
 周期 約 日型 持続約日数約 日間  
 順  不順 量  少  普  多量  
 月経時の障害  無  有 初経年齢 歳  
 身長 cm 妊娠前体重 kg  
 ①本日の尿蛋白 ( ) ②本日の尿糖 ( )  
 ①本日の血圧 / ②脈拍 ③体重 kg

妊娠分婁歴 回数	西暦 年/月/日	今までの妊娠回数( ) 週数	性 別	出生 体重 (g)	生 死	経産分婁 帝王切開 吸引・鉗子	陣痛 促進	自然流産( ) 分婁異常	子宮外妊娠( ) 新生児 異常	分娩施設	備考
①	/ /							妊娠高血・ヘルプ症 候群・大量出血・胎盤 早期剥離			
②	/ /										
③	/ /										
④	/ /										

結婚歴  
 既婚 結婚年齢 歳 ( 離別  死別  再婚)  
 未婚 入籍予定  あり  なし  
 その他( )  
 夫/パートナー 歳  
 年齢 歳  
 職業

嗜好品  
 喫煙 妊娠前  なし  受動喫煙  能動喫煙( 本/日 )  
 妊娠中  なし  受動喫煙  能動喫煙( 本/日 )  
 飲酒  なし  機会飲酒  ほぼ毎日( ml/日 )  
 分娩予定施設  愛育病院(田町)  
 他院(施設名 or 県名 )  
 迷い中

家族歴  
 糖尿病  無  有(続柄： )  
 高血圧  無  有(続柄： )  
 その他 遺伝性疾患・血液疾患など  
 ( )  
 使用中内服薬  アスピリン  チラジーン( ) μg  
 葉酸

紹介状  なし  あり  
 本日受付提出  次回持参

乳がん検診 半年以内  
 未  
 済(20 / )  
 異常  無  有(詳細： )

子宮頸がん検診 半年以内  
 未  
 済(20 / )  
 異常  無  有(詳細： )

※ 診療に必要ですので、必ず全て記入して下さい。2枚目もあります。

<今までのにかかったこと・指摘されたことのある疾患について>

母体基礎疾患 ○無 ○有

- 中枢神経系(含む脳血管疾患)
- 呼吸器 (○肺炎○気管支炎○喘息(最終発作 \_\_\_\_\_ 歳))
- 消化器 (○虫垂炎)
- 肝臓 (○肝炎)
- 腎・泌尿器 (○腎炎 ○腎盂腎炎 ○膀胱炎)
- 血液
- 心 (○心電図異常○不整脈)
- 甲状腺 (○機能亢進○機能低下○橋本病)
- 骨
- 筋肉
- 子宮 (○子宮奇形○子宮筋腫○その他)
- 付属器 (○卵巢嚢腫○卵管留水腫)
- 外傷・中毒
- 血液型不適合
- 自己免疫疾患
- 本態性高血圧
- 糖尿病
- 精神疾患 (○パニック障害○躁うつ病○摂食障害○その他)
- その他

左でチェックされた病名・手術など詳細を記入して下さい。

<今までの妊娠・出産で指摘されたことのある疾患について>

産科既往歴 ○なし ○あり

- |            |             |             |
|------------|-------------|-------------|
| ○切迫流産      | ○妊娠中性器出血    | ○切迫早産       |
| ○頸管長短縮     | ○頸管裂傷       | ○頸管無力症      |
| ○常位胎盤早期剥離  | ○頸管手術(LEEP) | ○頸管手術(円錐切除) |
| ○妊娠高血圧     | ○妊娠高血圧腎症    | ○37週未満の破水   |
| ○子宮内胎児発育不全 | ○前置胎盤       | ○肺塞栓        |
| ○生殖器感染症    | ○妊娠糖尿病      | ○死産         |
| ○その他       |             |             |

詳細