

お名前 _____



はじめて診療を受けられる方へ
産婦人科予診票

診察を受けられるにあたって必要なことがらを診察前におうかがい致しますので、診察順番をお待ちの間に、この予診票各項目にご記入ください。

1. あなたが今日診察に来られた理由

- 来院の理由や症状を下記に記入するか、下記の中から選んで で囲んでください。

妊娠、妊娠の疑い、分娩希望、中絶希望、月経異常（月経痛・月経の量が多い・月経不順）、不正出血、不妊、子宮筋腫、腰痛、下腹痛、更年期障害、膀胱炎、癌の検診、外陰部がかゆい・痛い・おりもの、ピル希望、避妊相談、生理をずらす薬希望

[その他の症状]

2. 月経について

- はじめて月経があったのは () 歳
- 閉経 () 歳
- 月経は順調ですか (はい・いいえ)
- 月経周期は () 型
- 持続は () 日間
- 月経痛は (強・中・弱・無)
- 月経の出血量は (多・中・小)
- 最近あった月経は () 月 () 日から () 間
- その前の月経は () 月 () 日から () 間 わかっていれば書いてください。

3. あなた自身のことについて

- 結婚したのは () 歳
- SEXの経験はありますか (ない・ある)
- 妊娠の経験がある方は、今までの分娩やその他の妊娠について、以下の表に記入してください。

	年齢 又は年月	妊娠月数 又は週数	妊 娠 経 過	妊娠中や分娩時の異常	児の 性別	出生体重	健否
1			分娩・流産・人工中絶				
2			分娩・流産・人工中絶				
3			分娩・流産・人工中絶				
4			分娩・流産・人工中絶				

- 現在治療中 (又は通院中) の病気がありますか。 ()
(ない・ある・病名)
- 今まで何か大きな病気にかかったことがありますか。 ()
(ない・ある・病名)
- 今までに手術の経験は () ()
(ない・ある・病名)
- 現在内服中の薬は () ()
(ない・ある・薬物名)
- 薬物アレルギーの経験は () ()
(ない・ある・薬物名)
- 治療上どうしても輸血が必要な場合、同意なさいますか。 (はい・いいえ・わからない)
- 癌の告知は希望されますか。 (はい・いいえ・わからない)
- あなたの職業は ()
- あなたの年齢 () 歳、身長 () cm 体重 () kg

年 月 日