

カルテNo

氏名

生年月日

性別

科別

病棟名

Dr

日付

産婦人科問診票

(初診用)

氏名

〔年齢

歳〕

下記の質問に対して該当するものにチェック☑印または記入をしてください。

1. マイナ保険証（マイナンバーカードの健康保険証利用）による診療情報取得に同意されましたか。

- はい
 いいえ

2. 他の医療機関からの紹介状をお持ちですか。

- はい → 医療機関名： _____
 いいえ

3. 過去1年間で健診（特定健診及び高齢者健診に限ります）を受診されましたか。

- はい → 受診時期： _____ 年 _____ 月頃
指摘事項がありましたか。

はい（具体的に記載してください）

()

いいえ

- いいえ

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。

正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算（初診）加算1 6点 加算2 2点（マイナ保険ご利用時）

産婦人科問診票

カルテ№

氏名

生年月日

性別

科別
病棟名

Dr.

日付

氏名

[年齢

歳]

[身長

cm]

[体重

kg]

下記の質問に対して該当するものにチェック☑印または記入をしてください。

1. 受診理由をお聞かせください。(紹介状: ある なし)

月経が来ない 月経以外の出血がある 月経痛がひどい 子供がほしい

妊婦健診 妊娠診断 里帰り分娩予約 下腹痛

おりものが多い その他 ()

2. 今までに子宮がん検診を受けたことがありますか?

ある [() 年頃 異常あり・異常なし] なし

3. 閉経されていますか?

・閉経された方 → () 歳で閉経

・閉経前の方 → 月経周期は (順 不順) で、
() ~ () 日間隔で、() ~ () 日間あります。

・月経の量は (多い 普通 少ない)、月経時に血のかたまりは (ある ない)。

・月経痛は (ある ない)。月経時に鎮痛剤を服用 (する しない)。

・最終月経は () 年 () 月 () 日から () 月 () 日までで、
いつもと比べて (多い 普通 少ない)。

4. あなたは (未婚 既婚 離婚 再婚)、性交の経験 (ある ない)

・既婚の方 → 結婚したのは、() 歳の時で、現在のご主人の年齢は () 歳。

・離婚の方 → 離婚したのは () 歳。

・再婚の方 → 再婚したのは () 歳の時で、現在のご主人の年齢は () 歳。

・今までの出産は () 回、うち吸引分娩 () 回、鉗子分娩 () 回、
帝王切開 () 回。

・流産は () 回、人工妊娠中絶は () 回、子宮外妊娠 () 回。

・出産・流産・死産など、すべての妊娠について年代順に記入してください。

年月	週数	性別	体重	分娩様式*1	詳細*2	病院
年 月	週	男・女	g			
年 月	週	男・女	g			
年 月	週	男・女	g			
年 月	週	男・女	g			
年 月	週	男・女	g			

※ 1 分娩様式: 自然流産、人工妊娠中絶、正常分娩、吸引分娩、鉗子分娩、帝王切開から選んで記入してください。

※ 2 詳細: 妊娠高血圧症候群、常位胎盤早期剥離、前置/低置胎盤、ヘルプ症候群、大量出血、肩甲難産、
新生児死亡、B群溶連菌 (GBS) 感染症、新生児仮死などがあれば記入してください。

→裏面に続きます

5. 今までに手術をされたことがありますか？産婦人科以外についても記入してください。

年 月	病 名	手術内容	病 院
年 月			
年 月			
年 月			

6. 今までにかかった主な病気・現在治療中の病気はありますか？産婦人科以外についても記入してください。

年 月	病 名* ¹	治療内容等の詳細* ²	病 院
年 月			
年 月			
年 月			

※1 病名：高血圧、糖尿病、腎疾患、心疾患、甲状腺疾患、肝炎、自己免疫疾患、脳梗塞、脳内出血、てんかん、精神疾患、血液疾患、悪性腫瘍、血栓症、子宮筋腫、子宮内膜症、子宮奇形、卵巣腫瘍などあれば記入してください。

※2 治療内容等の詳細：完治（通院なし）、経過観察、内服治療、インスリン使用中など記入してください。
※内服治療中やインスリン使用中の方で、お薬手帳をお持ちの方はご準備ください。

7. 今までに輸血を受けたことがありますか？ ある（いつ： 年 月 日） なし
宗教等の理由で輸血に関する制約がありますか？ ある なし

8. あなたの血のつながりのある親・兄弟・祖父母などに〔がん・高血圧・糖尿病・精神病や先天異常〕などはありますか？

続柄*	詳 細

*続柄：祖父母・叔父・叔母等については、父方/母方についても記入してください。

9. 食欲は（良好 不良）。睡眠は（良好 不良）。
尿の回数は（多い 普通 少ない）。便通は（ ）日に1回。

10. 薬や食事などでアレルギーが出たことがありますか？または避けているものはありますか？
なし あり → （ ）

11. お酒は飲みますか？（飲まない 時々飲む ほとんど毎日飲む）
「時々飲む」「ほとんど毎日飲む」の方
→1日の量は（ビール 日本酒 焼酎）で、（ ）杯（合）程度。
タバコは吸いますか？（吸わない やめた 吸う）
「やめた」「吸う」の方
→タバコを吸い始めたのは（ ）歳の時で、やめたのは（ ）歳。
1日に（ ）本程度吸っている（吸っていた）。

12. 働いていますか？
いいえ はい → （お仕事の内容： ）