

## 骨盤臓器脱 外来初診 問診票

\_\_妊\_\_産

### 分娩歴

第1子	<input type="checkbox"/> 正常分娩	<input type="checkbox"/> 吸引分娩	<input type="checkbox"/> 鉗子分娩	<input type="checkbox"/> 分娩外傷	<input type="checkbox"/> 帝王切開術
第2子	<input type="checkbox"/> 正常分娩	<input type="checkbox"/> 吸引分娩	<input type="checkbox"/> 鉗子分娩	<input type="checkbox"/> 分娩外傷	<input type="checkbox"/> 帝王切開術
第3子	<input type="checkbox"/> 正常分娩	<input type="checkbox"/> 吸引分娩	<input type="checkbox"/> 鉗子分娩	<input type="checkbox"/> 分娩外傷	<input type="checkbox"/> 帝王切開術
第4子	<input type="checkbox"/> 正常分娩	<input type="checkbox"/> 吸引分娩	<input type="checkbox"/> 鉗子分娩	<input type="checkbox"/> 分娩外傷	<input type="checkbox"/> 帝王切開術

巨大児分娩の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 3500g以上	<input type="checkbox"/> 4000g以上
高齢出産の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	
分娩時外傷	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	
重労働の就労歴	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	
便秘	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	
呼吸器疾患	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	
結合組織疾患	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	
HT*	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	
DM*	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	
抗凝固療法	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	
症状自覚から受診までの期間	_____年		
POP*手術歴	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	
他手術歴	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	
リングペッサリー使用歴	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	
尿失禁	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	
排尿困難	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	
OAB*症状	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	
過去の骨密度検査	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	
* HT:Hypertension 高血圧, DM:Diabetes mellitus 糖尿病, POP: Pelvic organ prolapse 骨盤臓器脱, OAB:Overactive bladder 過活動膀胱			