

# 婦人科 問診票

受診日 平成 年 月 日

ふりがな			
氏名			
生年月日	T . S . H	年 月 日	( 歳)
現住所	〒		
電話番号	自宅もしくは携帯		
職業	身長	cm	体重 kg

## 1. 本日はどうされましたか？ ※該当する番号に○をつけてください

- 1 不正出血    2 月経の異常    3 腹痛    4 腰痛    5 おりもの    6 かゆみ  
7 子宮が下がっている    8 更年期の症状 (→別紙あり)    9 緊急避妊ピル  
10 妊娠 (・出産予定 ・ 中絶希望 ・ 出産未定 )    11 婦人科健診 (頸部・体部・経膈エコー)  
12 ブライダルチェック    13 ピル外来    14 婦人科検診の再調査  
15 その他

具体的に：

## 2. 月経について ( ) の中の記入と、○で囲んでください。

- 初めて月経が始まった年齢 ( ) 歳
- 閉経した年齢 ( ) 歳
- 最後の月経 ( 平成 年 月 日から 日間 )  
月経の状態は ( ・ いつもと同じ ・ いつもと異なる )
- その前の月経 ( 平成 年 月 日から 日間 )
- 月経周期・・・月経が始まった日から、次の月経が始まるまでの日数  
・ 順調 ( ) 日型    ・ 不順 短い時で ( ) 日型、長い時で ( ) 日型
- 月経は何日続きますか？ ( ) 日間  
月経の量 ( ・ 多量 ・ 中量 ・ 少量 )  
月経時の症状 ( ・ 腹痛 ・ 腰痛 ・ 頭痛 ・ その他 )

## 3. 子宮がん検診について

- ・なし
- ・あり 平成 年 月頃：・ 異常なし ・ 異常あり (内容 )

※裏面もございます

#### 4. 結婚・家族について

- ・未婚 性交渉経験（有 ・ 無） ・ 同棲中 ・ 婚約中 ・ 死別
- ・結婚（\_\_\_\_\_）歳（ 昭和 ・ 平成\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月）
- ・離別（\_\_\_\_\_）歳（ 昭和 ・ 平成\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月）
- ・再婚（\_\_\_\_\_）歳（ 昭和 ・ 平成\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月）
- ・血縁の方で次の疾患にかかった方がいますか？（ いる ・ いない）  
（ \_\_\_\_\_ ）内に貴方との続柄を記入してください。 糖尿病（ \_\_\_\_\_ ） 高血圧（ \_\_\_\_\_ ） 結核（ \_\_\_\_\_ ）  
子宮癌（ \_\_\_\_\_ ） 卵巣癌（ \_\_\_\_\_ ） 乳癌（ \_\_\_\_\_ ） 遺伝性疾患（ \_\_\_\_\_ ）

#### 5. 現在、妊娠またはその可能性がありますか？

- ・なし ・ある

#### 6. 今までの妊娠や分娩について、すべて記入してください。

- 妊娠歴： ・ なし
- ・ あり（\_\_\_\_\_）回  
分娩（\_\_\_\_\_）回【 正常分娩（\_\_\_\_\_）回、帝王切開（\_\_\_\_\_）回 】  
自然流産（\_\_\_\_\_）回、人工中絶（\_\_\_\_\_）回、子宮外妊娠（\_\_\_\_\_）回  
胞状奇胎（\_\_\_\_\_）回

#### 7. 今までにかかった病気を教えてください。

- ・ なし
- ・ 喘息 ・ 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 腎臓病 ・ 心臓病 ・ 膠原病 ・ 性感染症
- ・ B型肝炎 ・ C型肝炎 ・ 梅毒 ・ その他（\_\_\_\_\_）

#### 8. 今までに手術を受けたことがありますか？

- ・ なし ・ あり（内容 \_\_\_\_\_ 歳頃）

#### 9. 現在服用中の薬がありますか？

- ・いいえ ・はい → **お薬手帳を受付に必ずお出してください**

#### 10. 食物や薬のアレルギーがある方は記入してください。

- ・ なし ・ あり（内容 \_\_\_\_\_）

#### 11. 今現在、おたばこを吸っていますか？

- ・ いいえ ・ はい（ \_\_\_\_\_ 本/日）

#### 12. 当院をどのようにお知りになりましたか？

- ・ ホームページ ・ 知人の紹介 ・ 通りすがり ・ 看板・通院したことがある
- ・ その他（ \_\_\_\_\_ ）

ご記入ありがとうございました。