

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 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 (昭和 ・ 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 (昭和 ・ 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)

※裏面もごさいます

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. 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

6. 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 ()

7. 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)

8. 薬やアレルギーのある方は記入してください。

- ・ なし ・ あり (内容 _____)

9. 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。