

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・経膣エコー)
- 12 プライダルチェック      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. 喫煙歴はありますか?

・なし ・あり( \_\_\_\_\_ 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。