

婦人科 問診票

受診日 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 (連絡が付きやすい番号)		
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 婦人科健診 (頸部・体部・経膈エコー) 11 ブライダルチェック 12 ピル外来
 13 婦人科検診の再調査
 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 (年 月 日から 日間) ・ (不明)
- その前の月経 (年 月 日から 日間) ・ (不明)
- 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 ・ なし)

3. 子宮がん検診について

- ・なし
- ・あり 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）
- ・結婚（ ）歳
- ・離別（ ）歳
- ・再婚（ ）歳
- ・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。
子宮癌（ ） 卵巣癌（ ） 乳癌（ ）
糖尿病（ ） 高血圧（ ）

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。（手術も含む。）

- ・ なし
- ・ 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 性感染症
- ・ B型肝炎 ・ C型肝炎 ・ その他（ ）
手術（内容 _____ 才頃）

8. 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**

9. 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 _____）

10. 今現在、おたばこを吸っていますか？

- ・ いいえ
- ・ はい（ _____ 本/日）

11. 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。