

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 ピル外来 9 婦人科検診の再調査

10 その他

具体的に：(更年期症状は診察しておりません。)

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） →無の方はトイレを我慢し尿を溜めて下さい。

・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

胎状奇胎（ ）回

7. 今までに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。