

婦人科問診票

受診日 年 月 日

ふりがな

氏名	身長	cm	体重	kg
生年月日	大正	昭和	平成	令和
	年	月	日	年齢
				歳

〒

住所	電話番号	自宅	携帯
----	------	----	----

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 子宮が下がってる 8 婦人科検診再調査 9 子宮がん検診（自費） 10 ブライダル・性病検査

11 ピル希望（月経移動） → ●避けたい日 月 日 ~ 月 日まで

12 緊急避妊アフターピル希望 → ●性交渉のあった日時 月 日 時頃

13 その他 []

② 月経について教えてください

*該当するのに○をつけてください

◆ 初潮（ 歳） ◆閉経（ 歳）

◆ 最近の月経

月 日から 月 日まで 日間

◆ 月経周期

順調（ 日型） 不順（およそ 日型）

◆ 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 結婚について

未婚 性交渉経験（ 有 ・ 無 ）

*無の方はトイレを我慢して尿を溜めてください

結婚（ 歳）

④ 過去に子宮がん検診を受けた事がありますか？

子宮頸がん（ 有 ・ 無 ）（ 年頃）

子宮体がん（ 有 ・ 無 ）（ 年頃）

⑤ 遺伝について相談したい事がありますか？

（ はい ・ いいえ ）

⑥ 現在、妊娠またはその可能性がありますか？

（ はい ・ いいえ ）

⑦ 妊娠・分娩について教えてください

妊娠歴： なし ・ あり （ 回）

分娩回数（ 回）のうち帝王切開（ 回）

流産（ 回） 中絶（ 回）

⑧ 今までに治癒・現在治療中の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（ ）

⑨ 現在服用中のお薬がありますか？

・ いいえ

・ はい（ ）

お薬手帳を受付にお出しください

⑩ 食物やお薬のアレルギーはありますか？

・ いいえ

・ はい（ ）

⑪ 現在、喫煙していますか？

・ いいえ

・ はい