

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 プライダル・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)



無の方は尿を溜めていただきたいので トイレに行かないようお願いいたします。

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