

婦人科問診票

受診日 令和 年 月 日

フリガナ			
氏名			
生年月日	大正・昭和・平成	年	月 日 (歳)
現住所	〒		
連絡先	自宅	身長	cm
	携帯	体重	kg
職業		結婚	未婚・既婚・離婚・死別

1. 本日はどのような理由で受診されましたか？

- 月経不順 月経痛 不正出血 おりもの/性感染症 子宮がん検診
 妊娠希望 PMS 更年期 ピル希望 月経移動 緊急避妊ピル
 妊娠の診察 市販の妊娠検査薬（陽性・していない）
 外陰部のかゆみ・できもの 下腹部痛 頻尿・残尿感
 その他 ()

2. それはいつ頃からですか？

()

3. 月経について

初潮 _____ 歳 現在月経は（順調・不順・閉経している _____ 歳）
一番最近の月経は _____ 月 _____ 日から _____ 日間
周期は _____ 日で _____ 日間続く
出血量は（少量・普通・多量）
月経時・月経前に（腹痛・腰痛・乳房痛・頭痛・その他）がある

4. 妊娠・出産について

- なし
 あり → 妊娠 _____ 回 出産 _____ 回（いつ： _____）
 自然流産 _____ 回 人工妊娠中絶 _____ 回 子宮外妊娠 _____ 回

※次のページへ続きます

5. 下記をお読みになり必要事項をご記入ください

① 性交経験 なし あり

② 子宮がん検診を受けたことは？

なし

あり → もっとも最近の子宮がん検診を受けた年は _____ 年 _____ 月
結果は (異常なし・要経過観察・要再検・要精査・要治療)

③ 既往歴について

これまでにかった病気や手術はありますか？

なし

あり (_____)

④ 現在治療中または経過観察中の病気がありますか？

なし 高血圧 糖尿病 高脂血症 喘息

胃・十二指腸潰瘍 肝臓病 腎臓病 心臓病

その他 (病名: _____)

かかっている医療機関名 (_____)

現在服用中の薬 (_____)

⑤ アレルギー体質はありますか？

なし

あり → 花粉症 アトピー 喘息 金属

薬・注射 (_____) 食べ物 (_____)

その他 (_____)

⑥ 飲酒をしますか？

しない

する → 週 _____ 回 _____ を _____ ml 程度

⑦ 喫煙をしますか？

しない

する → 1日 _____ 本

⑧ 当院を受診されたきっかけをお聞かせください

近いから 知人の紹介 インターネットで調べて ホームページを見て

パンフレットを見て チラシ・DMを見て 駅の看板を見て

その他 (_____)

○ご協力ありがとうございました。取得した個人情報は厳守いたしますのでご安心ください。