

婦人科問診票

記入日 年 月 日

プライバシーは必ず守ります。正確にご記入ください。

フリガナ

氏名 _____

年齢 歳 _____

職業 _____

未婚 ・ 既婚

(夫 歳 _____ 職業 _____)

<今回受診された理由> 一番の受診理由に◎、それ以外のものに○をつけてください。

月経不順	月経痛	下腹痛	おりもの	かゆみ
不正出血	更年期障害	避妊	性感染症	不妊
子宮・卵巣の病気があると言われたことがある			月経移動	その他

<医師に伝えたいことがあれば自由にご記入ください>

<月経について>

- 初めての月経は 未 ・ () 歳
- 閉経は 未 ・ () 歳
- 月経周期 順調 ・ 不順 (~ 日型)
- 持続期間 () 日間
- 出血量は 多 ・ 中 ・ 少
- 月経痛は 無 ・ 有 (日常生活可能 ・ 日常生活困難 ・ 横になる程強い)
 - ・症状は? 下腹痛 ・ 腰痛 ・ 頭痛 ・ 吐気 ・ その他
 - ・いつから? 初経時から ・ () 歳ごろから強くなった
 - ・鎮痛剤は? 使用していない ・ 使用している
- 最近の月経はいつでしたか?

平成 年 月 日 から 日間

その前は 月 日 から 日間

その前は 月 日 から 日間

- ◇性交の経験は? 無 ・ 有
- ◇現在性生活は? 無 ・ 有
- ◇結婚は () 歳 離婚 () 歳 再婚 () 歳
- ◇避妊について 今までしたことがない したことがあるが現在はしていない
現在している {方法: コンドーム ・ ピル ・ IUD(リング) ・ その他() }

◇子宮ガン検診を受けたことがありますか?

無 ・ 有 (最後に受けたのは 年 月ごろ)

◇最後に婦人科を受診したのは? 年 月ごろ We ・ 他医療機関 ・ 覚えていない

◇タバコは? 吸う (本/日) ・ 吸わない

※裏面もご記入ください

<ご家族について>

●血縁の方で次の病気があれば○をつけてください。

ガン () 高血圧 糖尿病 遺伝病() 血栓症

●これまでの病気および手術をご記入ください。

()歳 () () 病院

()歳 () () 病院

()歳 () () 病院

()歳 () () 病院

●現在服用中の薬はありますか？ 無 ・ 有 ()

●薬のアレルギーはありますか？ 無 ・ 有 ()

身長 cm 体重 kg

<妊娠・分娩について>

妊娠()回 分娩()回 自然流産()回 人工中絶()回 子宮外妊娠()回

1) 年 月 流産 ・ 経膈分娩 ・ 帝王切開()ヶ月 体重()g 男児 ・ 女児

2) 年 月 流産 ・ 経膈分娩 ・ 帝王切開()ヶ月 体重()g 男児 ・ 女児

3) 年 月 流産 ・ 経膈分娩 ・ 帝王切開()ヶ月 体重()g 男児 ・ 女児

4) 年 月 流産 ・ 経膈分娩 ・ 帝王切開()ヶ月 体重()g 男児 ・ 女児

5) 年 月 流産 ・ 経膈分娩 ・ 帝王切開()ヶ月 体重()g 男児 ・ 女児

6) 年 月 流産 ・ 経膈分娩 ・ 帝王切開()ヶ月 体重()g 男児 ・ 女児

ご協力ありがとうございました