

婦 人 科 問 診 票

フリガナ				生年月日		
氏名				西暦	年 (S ・ H 年)	月 日 (歳)
住所	〒 -			身長	体重	BMI
				cm	kg	
電話番号	自宅		結婚	(既婚 ・ 未婚 ・ 結婚予定)		
	携帯		職業			
	緊急連絡		紹介者			

(1) 本日まで来院された理由をお聞かせください。

婦人科	月経不順 (月経が来ない・月経が止まらない) ・ 不正出血 ・ 痛み(部位:) おりもの異常 ・ 外陰部異常 ・ 子宮頸がん検診 ・ 月経移動(月 日～ 月 日は避けたい) ピルの相談 ・ ブライダルチェック ・ 避妊の相談 ・ その他()
-----	---

(2) ＊ 過去の妊娠・分娩歴 ＊

☐妊娠(回) 分娩(回) 流産(回) 人工中絶(回) 子宮外(回)

(12週以降の分娩・死産・流産・人工中絶についてご記入ください。)

分娩年月(西暦)	週数	性別	出生体重	分娩様式	その他	病院名(都道府県)
年 月		男・女	g	正常・吸引・鉗子・帝王切開		
年 月		男・女	g	正常・吸引・鉗子・帝王切開		
年 月		男・女	g	正常・吸引・鉗子・帝王切開		
年 月		男・女	g	正常・吸引・鉗子・帝王切開		
年 月		男・女	g	正常・吸引・鉗子・帝王切開		

(3) 普段の月経について (初経 歳 ・ 閉経 歳)

- ・最終月経 (年 月 日 ～ 日間)
- ・月経周期 (日 ～ 日 ・ 不規則)
- ・出血量 (多 ・ 中 ・ 少)
- ・生理痛 (強 ・ 中 ・ 弱)
- ・月経による随伴症状 ()

(4) ・性交渉(セックス)の経験はございますか？ (はい ・ いいえ)

・内診の経験はありますか？ (はい ・ いいえ)

(5) ・子宮がん検診を受けたことがありますか？ (はい ・ いいえ) (頸がん : 体がん)

・今までにかかった からだの病気や心の病気はありますか？ (はい ・ いいえ)

- ☐子宮筋腫 ☐子宮内膜症 ☐卵巣嚢腫 ☐子宮腺筋症 ☐高血圧 ☐糖尿病 ☐心疾患 ☐腎疾患
- ☐喘息 ☐脳疾患 ☐肝炎 ☐自己免疫疾患 ☐甲状腺疾患 ☐血栓症 ☐癌 ☐精神疾患
- ☐Rh陰性 ☐輸血歴(あり・なし) ☐その他

診断名: 病院名:

治療内容: 現在内服中のお薬 (なし ・ あり)

薬名:

家族病歴:

(6) ・アレルギーについて <アナフィラキシーショックを起こしたことがある(はい ・ いいえ)>

食物	あり・なし	食物:
薬剤	あり・なし	薬品:
その他	あり・なし	内容:

(7) ・たばこ 吸わない ・ 吸う (現在 ・ 過去 ・ 妊娠するまで) (本/日)

・飲酒 飲まない ・ 飲む (現在 ・ 過去 ・ 妊娠するまで) (毎日 ・ 時々)