

# 婦人科問診票

受診日： 年 月 日 (ID: )

お名前： (年齢: ) 身長: cm 体重: kg

診察の参考にさせていただきます。当てはまるものにチェック、またはご記入を宜しくお願い致します。

## 1. 本日はどのようなことで婦人科受診を希望されましたか。

- お腹が痛い       不正性器出血       月経不順  
 子宮筋腫の検査       卵巣の検査       子宮癌検診の精密検査       ポリープを指摘された  
 おりものの異常       外陰部のかゆみ       陰部に何かはさまる(降りてきた)  
 更年期症状の相談       その他 ( )  
それはいつからですか→ ( ) 《 記入例: 「3ヶ月前から」》

## 2. 月経について教えてください。基礎体温表などお持ちの方は用意をしておいて下さい。

- \*初めての月経 : ( ) 歳  
\*現在閉経している方: ( ) 歳に閉経  
\*最後の生理が始まった日: ( 年 月 日 ) より ( ) 日間  
\*生理の周期 :  順調       不順  
\*生理の痛み :  なし       あるが痛み止め不要       強い       強いが痛み止め有効  
\*生理の出血 :  少ない       多くて困る       貧血の指摘や治療を受けている又は受けた事がある

## 3. 結婚、妊娠、出産について教えてください。

- \*ご結婚されていますか :  はい       いいえ (  離婚       死別       その他 )  
\*性交渉の経験はありますか:  ある       ここ数ヶ月/数年ない       ない  
\*ご妊娠の経験はありますか:  いいえ  
 はい (妊娠 回、分娩 回、流産 回、中絶 回)

年齢	分娩週数	出生体重	妊娠出産での異常
歳	週 (男・女)	g	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )
歳	週 (男・女)	g	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )
歳	週 (男・女)	g	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )

## 4. 今までにかかった病気または治療中の病気と、かかった年齢を教えてください。

- 婦人科の病気 ( 歳、病名: )  
 高血圧 ( 歳)       喘息 ( 歳)       糖尿病 ( 歳)       腎臓の病気 ( 歳)  
 心臓の病気 ( 歳)       こころの病気 ( 歳)       その他 ( 歳、病名 )

## 5. 現在何かお薬を使用していますか。お薬手帳をお持ちの方は用意をしておいて下さい。

- ない       ある (薬の名前: )

## 6. 手術を受けた経験はありますか。年齢、どのような手術か教えてください。

- ない       ある ( 歳、手術名: )

## 7. 飲酒・喫煙、アレルギーに関して教えてください。

- 飲酒:  しない       する  
喫煙:  しない       禁煙した ( 年前)       喫煙する (1日 本位)  
アレルギー:  なし       あり (何のアレルギーですか: )

以上です。ご協力ありがとうございました。