

婦人科問診票

年 月 日

氏名 _____ 様 (_____ 歳)
身長: _____ cm 体重: _____ kg 職業: _____
結婚歴: 無・有 (_____ 歳) 性交経験: 無・有 体温: _____ °C

◎受診目的 (当てはまるものに○を付けてください。複数回答可)

月経が止まった 月経不順 月経が止まらない 月経量が多い
月経以外の出血がある 生理痛がひどい 腰が痛い
下腹部が痛い 下腹部に違和感がある 下腹部に膨満感がある
更年期症状 陰部が痛い 陰部がかゆい おりものが臭う
おりものが多い(赤色・ピンク色・褐色・黄色・白色)
子宮筋腫・子宮内膜症・卵巣腫瘍 があるとされた(_____ 年前頃 _____ 病院)
その他(_____)

以下の項目は自費になる可能性がございますのでご了承下さい

婦人科がん検診 性病検査 避妊相談 子供が欲しい 妊娠した

◎月経について

初潮: _____ 歳 閉経: _____ 歳
最近の月経: _____ 年 _____ 月 _____ 日より 日間 いつもと(同じ・違う)
月経:(順調・不順) 周期: _____ 日間隔 期間: _____ 日間
月経痛:(強い・中位・弱い・無い) 月経量:(多い・中位・少ない)

◎妊娠・分娩について

妊娠: _____ 回 自然流産: _____ 回 人工中絶: _____ 回
① _____ 年 _____ 月 (_____)歳 (_____)週 (_____)g (普通分娩・帝王切開)
② _____ 年 _____ 月 (_____)歳 (_____)週 (_____)g (普通分娩・帝王切開)
③ _____ 年 _____ 月 (_____)歳 (_____)週 (_____)g (普通分娩・帝王切開)

妊娠、出産時の異常

子宮外妊娠: _____ 回 胎状奇胎: _____ 回

◎今までにかかった病気等について (出産、妊娠に関するものは除く)

病気: ない・ある (病名: _____)
手術: ない・ある (術名: _____)
現在服用中の薬: ない・ある (薬剤名: _____)
薬のアレルギー: ない・ある (薬剤名: _____)
輸血: ない・ある
喘息: ない・ある

- 1.血縁の方で癌になった人はいますか いいえ・はい (_____)
- 2.たばこは吸いますか いいえ・はい (_____ 本 / 1日)
- 3.お酒は飲みますか いいえ・はい (1日 _____ 合 / 週 _____ 回)