

婦人科問診票

受診日：西暦 年 月 日

ふりがな	生年月日 (年齢 歳)
氏名	昭和・平成 年 月 日
ご住所 〒 -	
携帯電話 - -	ご職業
身長 cm	喫煙： 無・有 (本/日)
体重 kg	飲酒： 無・有 (ml/日)

1. 【当院で希望する治療】

- 症状がある (出血 下腹部痛 おりもの かゆみ その他)
- 月経異常
- 更年期
- 妊娠の確認
自分で尿検査をしましたか (いいえ・はい 月 日 +・-))
- 定期健診 → 内容 ()
- 港区子宮がん検診
受診券はお持ちですか (いいえ・はい → 本日持参 / 後日持参)
- 月経移動 (月経を避けたい日： 月 日～ 月 日)
- 緊急避妊
- ピルの処方
今まで内服したことはありますか (いいえ・はい → 薬剤名)
- 子供が欲しい
- その他
()

2. 【月経歴】

初潮 _____ 歳
月経周期 _____ 日型 (順・不順) 持続期間 _____ 日間
最終月経 _____ 月 _____ 日から _____ 日間
出血量 (少ない・普通・多い)
月経痛 (なし・軽い・少し重め・かなり強い)

3. 【結婚歴】

- 結婚 _____ 歳 (西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日)
- 再婚 _____ 歳 (西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日) 独身

4. 【性交経験はありますか】

ある ない

5. 【妊娠歴】

妊娠 ____回 (最終妊娠 ____歳)

分娩 ____回 流産 ____回 子宮外妊娠 ____回 中絶 ____回

6. 【分娩歴】

出産日	性別	在胎週数	出生体重	分娩した病院	特記事項
西暦 年 月 (歳)	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	週 日	g		
西暦 年 月 (歳)	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	週 日	g		
西暦 年 月 (歳)	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	週 日	g		

7. 【婦人科疾患の既往歴】

なし

子宮筋腫 卵巣のう腫 子宮頸がん・異形成

子宮奇形 子宮内膜症 子宮腺筋症

多嚢胞性卵巣症候群 その他 ()

8. 【既往歴】

甲状腺機能異常 (低下・亢進症)

糖尿病 高血圧 膠原病 心臓疾患 肝臓疾患 悪性腫瘍

腎機能障害 血液疾患 血栓症 脳血管疾患 精神疾患

その他 ()

9. 【今までに大きな病気や手術をしたことはありますか】

年齢	病名	病院	入院歴	手術歴	治療
西暦 年 月 (歳)			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
西暦 年 月 (歳)			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
西暦 年 月 (歳)			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
西暦 年 月 (歳)			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	

10. 【ご家族に病気の方はいますか】

- 糖尿病 高血圧 膠原病 心臓疾患 肝臓疾患 脳血管疾患
 乳がん 卵巣がん 悪性腫瘍 精神疾患 遺伝性疾患
 その他 ()

11. 【現在内服しているお薬やサプリメントはありますか】

- なし
 薬 ()
 サプリメント ()

12. 【アレルギー・禁忌薬】

- なし
 喘息 キシロカイン ラテックス
 薬剤アレルギー ()
 大豆 卵
 食物アレルギー ()

13. 【今まで採血や注射等で気分が悪くなったことはありますか】

- 無 有 ()

14. 【風疹ワクチンを受けたことはありますか】

- 無 有 (年 月) 不明

15. 【子宮頸がん検診を受けたことはありますか】

- 無
 有 (年 月) → 結果 (正常・異常)

16. 【当院を受診されたきっかけ】

- 通りがかり (看板)
 家族・知人からの紹介 (紹介者:)
 インターネット検索
 ホームページ
 他の医療機関からの紹介 (施設名:)
 その他 ()

問診票をご記入いただき、ありがとうございました。
紹介状をお持ちの方は問診票と一緒に受付に提出して下さい。
また、前医のデータをお持ちの場合も提出をお願いします。