

婦人科問診表



ふりがな

お名前 _____ 生年月日 昭・平 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)

身長 (_____) cm ・ 体重 (_____) kg ・ 血液型 (_____) 型 Rh (+ / -) ・ (既婚・未婚・結婚予定)

〒 _____

ご住所 _____

自宅 TEL (_____) _____ 携帯 TEL (_____) _____

E-MAIL (PC ・ 携帯) _____ @ _____

ご職業 _____ 勤務先名 _____

1. 本日までご来院された理由をお聞かせください。

月経不順 ・ 月経痛 ・ 不正出血 ・ かゆみ ・ 外陰部異常 ・ おりもの (具体的に: _____)
腹部の痛み (具体的に: _____) ・ 性感染症検査
子宮がん検診 ・ 月経移動 (_____ 月 _____ 日 ~ _____ 月 _____ 日は避けたい)
緊急避妊 (アフターピル) ・ ピル処方 (内服歴 なし ・ あり: _____)
妊娠検査 (市販尿検査薬検査 なし ・ あり: _____ 検査日 _____)
その他 (_____)

2. 過去の妊娠・出産: なし ・ 妊娠 (_____ 回) ・ 出産 (_____ 回、うち帝王切開 _____ 回)
流産 (_____ 回) ・ 人工妊娠中絶 (_____ 回) ・ 子宮外妊娠 (_____ 回)

3. 月経: 初経 _____ 歳

・ 最終月経 (_____ 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. 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 甲状腺疾患 喘息 肝炎
 高血圧 糖尿病 心疾患 腎疾患 脳疾患 自己免疫疾患
 血栓症 癌 精神疾患 Rh 陰性 輸血歴
 手術 (_____)
 その他 (_____)

6. 現在内服中のお薬がありますか? (はい ・ いいえ)

(薬名: _____)

7. 血縁のご家族に以下の病気がありますか? (はい ・ いいえ)

高血圧 糖尿病 脳疾患 癌 精神疾患 その他 (_____)

8. アレルギー症状を起こしたことがありますか? (はい ・ いいえ)

アナフィラキシーショックを起こしたことがありますか? (はい ・ いいえ)

ある場合は原因と症状 (_____)

9. ・ 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)