

婦人科問診表

お名前	年齢	才	生年月日	T S H	年	月	日
-----	----	---	------	-------	---	---	---

1、どうされましたか？(丸印をつけてください)

子宮癌検診・生理痛(月経困難症)・生理不順・不正出血・更年期症状・月経前緊張症
 おりもの・かゆみ・プライダルチェック・ピル希望・生理をずらしたい
 妊娠かもしれない(妊娠検査をやった 陽性 ・ 陰性)
 出産を(希望する ・ 希望しない ・ わからない)
 その他()

2、生理について教えてください。

初潮()才、周期()日型 (順 ・ 不順) 閉経()才
 最終月経 ()月()日～()日間
 生理痛は ない ・ ある (下腹部痛、頭痛、冷え)

3、妊娠・出産についておしえてください。

性交渉の経験(あり ・ なし) 既婚 ・ 未婚
 妊娠()回、出産()回、流産()回、中絶()回

S・H	年()	才の時	g(男・女)	(健・否)	正常分娩	・ 異常分娩	・ 帝王切開
S・H	年()	才の時	g(男・女)	(健・否)	正常分娩	・ 異常分娩	・ 帝王切開
S・H	年()	才の時	g(男・女)	(健・否)	正常分娩	・ 異常分娩	・ 帝王切開
S・H	年()	才の時	g(男・女)	(健・否)	正常分娩	・ 異常分娩	・ 帝王切開

4、婦人科受診歴について教えてください。

今までに婦人科の治療をしたことがある(時期、病名、薬名などわかる範囲でお願いします)
 ()

5、薬のアレルギーについて教えてください。

薬のアレルギーが(ない ・ ある <薬品名 >)

6、喘息は(ない ・ ある <現在処方されている薬 >)

7、精神科、心療内科でお薬を飲んでいる(いいえ ・ はい <薬剤名 >)

8、その他

その他気になる点があればお書きください。