

婦人科問診票

患者 ID: _____

記入日 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

お名前 _____ 年齢 _____ 才 _____ 生年月日 西暦 _____ 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・できもの・ピル希望・生理をずらしたい・緊急避妊・ブライダルチェック
妊娠かもしれない・・・妊娠検査をした（陽性・陰性）・していない
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・出産について教えてください

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

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

4. 家族歴について教えてください

血縁関係に（子宮体癌・卵巣癌・乳癌）にかかった方が いない ・ いる（続柄： _____ ）
（ _____ ）

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. 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または手術をしたことがあれば教えてください（年齢、病名、薬名など）
〔 _____ 〕

7. 今までに婦人科以外にかかった病気と現在治療中の病気を教えてください（年齢、病名など）

〔 _____ 〕

8. 内服中のお薬について教えてください（お薬手帳を持参されている方は提出してください）

〔 _____ 〕

9. その他気になる点があればお書きください
