

婦人科問診表 初診用(年 月 日)

住所 _____ 固定電話 _____
フリガナ _____ 携帯電話 _____

氏名 _____ 生年月日：大・昭・平 年 月 日 才

■既婚・未婚

■妊娠 回 出産 回

■薬のアレルギーがありますか？ はい(薬品名：) いいえ

1) 今日どのようなことで受診しましたか？ 項目に○をして下さい

- ・生理の異常(長い・多い・少ない・痛い) ・生理以外の出血 ・生理不順
- ・次回生理日変更 ・月経前症候群(PMS) ・下腹部痛
- ・陰部の異常(かゆみ・痛み・おりもの) ・避妊相談(ピル・緊急避妊)
- ・妊娠検査希望 ・子宮ガン検診希望 ・更年期相談
- ・その他の理由 ()
- ・○をつけた症状はいつからですか？ 月 日から (日前から)

2) あなたの月経(生理)について教えてください

- ・初潮 () 才 ・閉経 () 才
- ・最近の月経 年 月 日 ~ 月 日
- ・月経周期(月経初日から、次の月経初日までの日数) ○をして日数をお答え下さい
①順調・ほぼ順調 () 日間 ②不順 短い時 () 日間 長い時 () 日間
- ・あなたの月経の量は ①少ない ②普通 ③多い(血のかたまりがでる)

3) 現在おかけの病院や、何か薬を飲んでいますか？

- ・はい 病院名 ()
病院で処方された薬の名前 ()
市販薬の名前 ()
- ・いいえ

4) 過去にかかれた病気や、受けた手術について項目に○をして下さい

- ・婦人科の病気 卵巣のう腫 子宮筋腫 月経困難症 その他 ()
- ・婦人科以外の病気 心臓病 糖尿病 喘息 アレルギー 高血圧 がん
その他 ()
- ・大きな病気や手術をしていない

5) 血縁家族で過去にかかれた病気や、受けた手術について教えてください

- ・病気になったり手術を受けたことが ある 病名 () なし

*** 内診について、未婚の方にお伺いします ***

- ・セックスの経験 ある ない
- ・婦人科の内診の経験 ある ない