

婦 人 科 問 診 票

ID _____

平成	年	月	日	
(フリガナ) お名前				体温 度 分
生年月日	大正・昭和・平成	年	月	日 (歳)
住 所	〒			
電話番号				

①本日来院された理由に○をつけてください。

- ・月経異常(無月経・月経不順・量が多い・量が少ない・生理痛)
- ・しこりがふれる(乳房・下腹部・外陰部)
- ・乳がん検診
- ・子宮がん検診(頸がん・体がん)
- ・貧血
- ・生理をずらしたい (生理を避けたい期間: 月 日 ~ 月 日)
- ・その他()
- ・おりものが多い
- ・外陰部のかゆみ
- ・乳汁分泌異常
- ・排尿障害・尿失禁
- ・緊急避妊(アフターピル)
- ・生理以外に出血がある
- ・更年期障害
- ・妊娠判定検査
- ・性病検査

②初めてあった生理は何歳の時ですか? _____ 歳

③生理は順調ですか? ・はい→ _____ 日型(生理が始まって次の生理が始まるまで)
 ・いいえ→ _____ 日 ~ _____ 日 または _____ ヶ月おき
 ・閉経している (_____ 歳頃)

④一番最近の生理はいつでしたか? _____ 年 _____ 月 _____ 日 から _____ 月 _____ 日まで
 いつもと同じでしたか? ・はい ・いいえ→ 多い・少ない・長い・短い

⑤ホルモン剤を使用していますか? ・いいえ ・はい

⑥避妊リングを使用していますか? ・いいえ ・はい

⑦常用薬はありますか? ・いいえ ・はい (薬品名 _____)

* 性交渉・妊娠・分娩についてお聞きます。

⑧結婚していますか? ・はい ・いいえ

⑨性交渉の経験はありますか? ・はい ・いいえ

⑩妊娠したことはありますか? ・はい ・いいえ

「はい」とお答えした方のみお願いします

分娩	_____ 回	_____ 歳の時	_____ 歳の時	_____ 歳の時
流産	_____ 回	_____ 歳の時	_____ 歳の時	_____ 歳の時
人工中絶	_____ 回	_____ 歳の時	_____ 歳の時	_____ 歳の時

*** 裏面もご記入ください ***

⑪現在治療中の病気はありますか？

- ・ない
- ・ある → 下記にご記入ください

病名	かかっている病院名	いつごろから	お薬の有無	薬品名
			有 無	
			有 無	
			有 無	

⑫手術をしたり入院をしたことがありますか？ ・はい → (病名)
 ・いいえ

⑬ご家族(父親・母親・実兄弟・姉妹[同胞]の範囲内で)病気が指摘されたり診断を受けたことがありますか？

- ・ない
- ・ある → 例: 父 / 脳梗塞

*アレルギーについてお尋ねします

⑭消毒薬でかぶれたことはありますか？

- ・ない
- ・ある → (薬品名)

⑮今まで食べ物やお薬によって気分が悪くなったり、かゆみや発疹が出たことがありますか？

- ・ない
- ・ある → 原因と思われるものがお解りでしたら下記にご記入ください。

食品名 _____

薬品名 _____

*嗜好品についてお尋ねします

⑯アルコールを飲みますか？

- ・飲まない

・飲む { ビール
日本酒
ワイン
焼酎
その他 } を { } ml { } 毎日 { }
杯 { } 位 { } 日/週 { }
合 { } 日/月 { }

⑰たばこを吸いますか？

- ・吸わない
- ・吸う → _____ 歳から
- ・以前吸っていたがやめた → _____ 歳まで

ご記入ありがとうございました。診察の際の参考にさせていただきます。
 プライバシー保護のため診療の目的以外では使用しないことをお約束いたします。

院長 三宅 潔