

婦人科問診票

令和 年 月 日記入

フリガナ

お名前 _____ 生年月日 大・昭・平・ 年 月 日 () 才

〒 _____ 電話: ()

住所 _____ 携帯: ()

身長 _____ c m 体重 _____ k g

1. 本日の受診目的はなんですか？あてはまるものを○でかこんでください

- ・子宮がん検診
- ・おりもの かゆみ
- ・生理がない
- ・生理を遅らせたい
- ・不正出血
- ・生理不順
- ・避妊希望 (経口避妊薬・リング・アフターピル)
- ・生理痛
- ・下腹痛
- ・性感染症の検査
- ・妊娠を希望・相談
- ・妊婦健診
- ・更年期症状
- ・妊娠の有無を知りたい → 妊娠検査薬を使用されましたか？ はい (陽性・陰性 月 日検査) ・いいえ
- ・その他 ()

2. 最近の生理はいつからいつまでですか？生理は順調ですか？

_____ 年 月 日 から (日間) 順調 (日周期) ・不順

生理痛は？ ひどい すこしある ほとんどない まったくない

生理の量は？ 多い ふつう 少ない

初めて生理のあった年齢は _____ 才 閉経した年齢は _____ 才

3. あてはまるものを○でかこんでください

未婚 結婚している (才結婚・再婚) 離婚 死別

性交の経験はありますか？ あり なし

妊娠・分娩の経験はありますか？ あり なし 妊娠 回

分娩 回 (自然分娩 回 帝王切開 回) 流産 回 中絶 回

出産歴 _____ 年 月 性別 男・女 体重 g 異常 あり・なし

_____ 年 月 性別 男・女 体重 g 異常 あり・なし

_____ 年 月 性別 男・女 体重 g 異常 あり・なし

4. 今まで次の病気にかかったことがありますか？

婦人科疾患 糖尿病 高血圧 喘息 心疾患 肝疾患 腎疾患 甲状腺疾患 血液疾患 その他 ()

病名 () 手術歴 () なし

5. アレルギーがありますか？ 食べ物での異常 あり () なし

薬・注射での異常 あり () なし

たばこを吸いますか？ はい (_____ 本/日) いいえ

飲酒しますか？ はい いいえ

6. 子宮がん検診を受けたことがありますか？ はい (最終検診 年 月) いいえ