

産婦人科問診票

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ふりがな _____

お名前 _____ 年齢 _____ 歳 住所 _____

お電話番号 _____

当てはまる項目はにチェックを入れ、下線部には数値や文章をお願いします。

(1)今日はどのようなことでおいでになりましたか？

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> がん検診・レディース検診 | <input type="checkbox"/> 不妊の相談 (もう1枚問診票があります) |
| <input type="checkbox"/> 月経異常 (<input type="checkbox"/> 無月経 <input type="checkbox"/> 不順 <input type="checkbox"/> 量が多い) | <input type="checkbox"/> おりものの異常 |
| <input type="checkbox"/> 妊娠 (もう1枚問診票があります) | <input type="checkbox"/> 陰部の異常 (<input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> 痛み) |
| <input type="checkbox"/> お腹が痛い | <input type="checkbox"/> 更年期症状 (もう1枚問診票があります) |
| <input type="checkbox"/> 不正性器出血があった | <input type="checkbox"/> 避妊の相談 (<input type="checkbox"/> アフターピル希望) |
| <input type="checkbox"/> その他 (_____) | |

(2)月経についてお聞きします。

- 初めての月経は _____ 歳
- 閉経されたのは _____ 歳
- 一番最近の月経はいつですか。 _____ 年 _____ 月 _____ 日から _____ 日間
- 月経周期は 順調 不順 (短い時は _____ 日周期、長い時は _____ 日周期)
- 月経の量は 少ない 普通 多くて困る
- 月経痛は ない 少しある わりとある 相当

(3)結婚・妊娠についてお聞きします

- セックスの経験はありますか なし あり
- 結婚していますか なし あり (_____ 年 _____ 月入籍予定)
- 妊娠したことがありますか なし あり (妊娠 _____ 回 分娩 _____ 回 流産 _____ 回 中絶 _____ 回)
- 現在授乳中ですか なし あり

(4)子宮がん検診を受けたことがありますか？ なし あり (_____ 年 _____ 月に結果 _____)

(5)現在治療中の病気はありますか？ なし あり (_____)

(6)現在何か薬を飲んでいますか？ なし あり (_____)

(7)今までに手術を受けたことがありますか？
なし あり (_____)

(8)お薬や食べ物でアレルギーなどの副作用を経験したことはありますか？
なし あり (_____)

(9)ご家族 (ご両親や姉妹) に以下の病気の方はいますか？

高血圧 糖尿病 婦人科がん その他の遺伝性疾患

(10)お酒を飲みますか？ 飲まない 時々 ほぼ毎日 (_____ を _____ 杯)

タバコを吸いますか？すわない 以前は吸っていた 吸っている (1日 _____ 本)

ご記入有難うございます。受付にお持ちください。

長谷川産婦人科医院