

婦人科問診票

記入日 年 月 日

フリガナ _____

氏名 _____

生年月日 昭和 平成 年 月 日 才

〒 - 住所 _____ 職業 _____

第1連絡先 本人TEL - - 携帯・自宅 (連絡先は必ず2ヶ所の記入をお願い致します)

第2連絡先 TEL - - 本人との続柄()

血液型 A・B・O・AB Rh() 身長 cm 体重 kg(ご妊娠の方は妊娠前の体重)

◆本日受診された目的について、✓を付けてください。

妊娠の確認【自費】：市販検査薬で調べましたか？ はい(判定 +・- 検査日 月 日)・いいえ
他院での診察を受けましたか？ はい(受診日 月 日 週 日)・いいえ

* 中絶手術をお考えの方は○をつけてください → (検討中・希望)

- 前回、当院受診からの定期診察 → 前回までの診察内容()
 生理の異常 (生理痛・生理不順・量が多い(かたまりが出る)・量が少ない)
 不正出血 → (月 日頃 ~ 月 日まで)
 生理以外の腹痛・腰痛 → (月 日頃 ~)
 おりもの(量が多い・色が気になる・におい) → (月 日頃 ~)
 陰部の(かゆみ・痛み)
 不妊の相談
 更年期症状 → 気になる症状は?()
 膀胱炎症状 (排尿痛・残尿感・頻尿) → (月 日頃 ~)
 子宮がん検診(補助券あり・補助券なし(自費))
 乳がん検診 (補助券あり・補助券なし(自費))
 避妊の相談【自費】(アフターピル(緊急避妊)・低用量ピル・リング) → 使用経験 (あり・なし)
 生理の移動【自費】：避けたい日(月 日 ~ 月 日まで)
 性感染症検査【一部自費負担】
 その他()

乳房に気になる症状がある場合は、乳腺科への受診になります。
当院では、乳がん検診マンモグラフィーは行っておりません。

◆月経についてお伺いいたします。

初経 才 閉経 才
最後の月経(一番最近の月経) 年 月 日 ~ 日間
月経周期(月経が始まってから次の月経が始まる前日までの日数)(順調 日型) (不順 日~ 日型)

◆結婚についてお伺いいたします。

結婚している (才) 結婚していない (性交経験 あり・なし)

◆妊娠したことがありますか？(はい・いいえ) はい の方は下記にご記入お願い致します。

西暦 年 月 日	出産週数	分娩方法(当てはまる物に○)					児体重	性別	
年 月 日	週 日	正常	早産	帝王切開	自然流産	人工中絶	g	男	女
年 月 日	週 日	正常	早産	帝王切開	自然流産	人工中絶	g	男	女
年 月 日	週 日	正常	早産	帝王切開	自然流産	人工中絶	g	男	女
年 月 日	週 日	正常	早産	帝王切開	自然流産	人工中絶	g	男	女

◆今までに大きな病気、手術、アレルギーなどの既往症はありますか？

- ・ 病気 なし・あり → (才) 例 外陰ヘルペス・口唇ヘルペス・子宮筋腫 等
・ 手術 なし・あり → (才) 例 子宮頸部円錐切除 等
・ 輸血の経験 なし・あり
・ 喘息 なし・あり → (最終発作: 才 使用している薬:)
・ 感染症 なし・あり → (才・B型肝炎・C型肝炎・梅毒・HIV)
・ 薬アレルギー なし・あり → ()
・ 食物アレルギー なし・あり → ()
・ その他アレルギー なし・あり → ()

アナフィラキシーショックの既往症

例 花粉症・アトピー 等

◆他院処方薬、その他 常用(内服)している薬はありますか？

なし・あり → 薬剤名()

ありがとうございました。