

婦人科問診票

20 年 月 日

ID _____

受付番号

氏名 _____ 様 (生年月日 _____ 年 月 日)

年齢 _____ 歳 職業 _____ 身長 _____ cm 体重 _____ kg

☆ 受診の目的に○をつけて下さい。() 内に具体的に書いて下さい。

妊娠・不妊症・月経異常・不正出血・おりもの・かゆみ・更年期障害

下腹部痛・尿の異常・癌検診・婦人科受診勧められた・中絶希望・その他

(_____)

☆ 月経について

最後の月経 _____ 年 _____ 月 _____ 日から _____ 日間 *閉経 _____ 歳頃

月経の周期 _____ 日型 (順調・不順) 出血の量 (多い・普通・少ない)

月経痛 _____ 有・無(日常生活にさしつかえない・鎮痛剤をのむ・横になるほど痛い)

☆ 結婚・性体験・妊娠

結婚している、またはしたことが _____ ある・ない

性交の経験が _____ ある・ない *現在 夫またはパートナーが _____ いる・いない

妊娠 回 _____ そのうち分娩 回 _____

1) _____ 年 _____ 月 (妊娠 _____ 週) (正常・帝王切開) 子供の体重 (_____ g)

2) _____ 年 _____ 月 (妊娠 _____ 週) (正常・帝王切開) 子供の体重 (_____ g)

3) _____ 年 _____ 月 (妊娠 _____ 週) (正常・帝王切開) 子供の体重 (_____ g)

現在、避妊を _____ している・していない (コンドーム・リング(IUD)・ピル・避妊手術)

☆ 今までにどんな病気、または手術をしましたか？

1) _____ 年(_____ 歳) _____ 病院

2) _____ 年(_____ 歳) _____ 病院

☆ 現在、薬をのんで _____ いる・いない (当院・他院) (_____)

☆ 家族(血縁)の中で次の病気の方はおられますか？

なし・癌・糖尿病・高血圧・その他 _____

☆ がん検診を受けたことはありますか？

*子宮がん あり・なし (_____ 年 _____ 月) *乳がん あり・なし (_____ 年 _____ 月)

☆ 輸血を受けたことはありますか？ _____ あり・なし (_____ 年 _____ 月)

☆ タバコは吸いますか？ _____ はい・いいえ (1日 _____ 本)

----- アレルギーに関して -----

薬・注射のアレルギーはありませんか？ あり(_____)、 ない

食べ物のアレルギーはありませんか？ あり(_____)、 ない

その他のアレルギーはありませんか？ あり(_____)、 ない

個人情報の取り扱いについて

この問診表に記載された患者様の個人情報は、患者様への医療サービスの提供を目的としております。
利用後の取り扱いは適切な管理をし、漏洩等の対策については、万全の対策で取り組んでいます。