

婦人科問診票

フリガナ お名前	生年月日 昭和・平成 年 月 日 (年齢 歳)
住所 〒 _____	携帯 ( )
住民票〔川崎市・川崎市以外〕	自宅 ( )
	身長 cm 体重 kg

※頂いた情報は個人情報として厳重に管理いたしますので正直にお答えください

【1】来院の理由 (当てはまるものに☑を付けてください)

- 子宮癌検診 おりもの かゆみ 下腹部痛 外陰部しこり 不正出血 月経異常(月経不順) 月経困難症
- 不妊 子宮下垂感 膀胱炎 更年期障害 生理日変更 低用量ピル 緊急避妊ピル(8,000円) 避妊リング
- 子宮筋腫 卵巣のう腫 子宮内膜症 性行為感染症 プライダルチェック その他 ( )

【2】生理について

- ①初潮は〔 \_\_\_\_\_ 歳頃〕 ②閉経された方〔 \_\_\_\_\_ 歳頃〕
- ③月経周期は〔 順調 ・ 不順 〕 (25~35日周期で規則正しい; \_\_\_\_\_ ~ \_\_\_\_\_ 日周期  
・順調な方 ⇒ \_\_\_\_\_ 日周期 ・不順な方 ⇒ \_\_\_\_\_)
- ④持続期間 \_\_\_\_\_ 日間 ⑤量 (多い・普通・少ない)
- ⑥生理痛〔 無 ・ 有 ⇒ 下腹部痛・腰痛・その他 〕 服用薬 ( )
- ⑦最近の月経 ( 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から \_\_\_\_\_ 日間 )
- その前の月経 ( 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から \_\_\_\_\_ 日間 ; 3 )

【3】妊娠・分娩歴について

- ①妊娠回数 ⇒ \_\_\_\_\_ 回 (妊娠中の方は今回の妊娠を除いて記入してください)  
正常分娩 \_\_\_\_\_ 回 ・ 流産 \_\_\_\_\_ 回 ・ 人工中絶 \_\_\_\_\_ 回 ・ 子宮外妊娠 \_\_\_\_\_ 回  
帝王切開 \_\_\_\_\_ 回 ・ 死産 \_\_\_\_\_ 回 ・ 胎状奇胎 \_\_\_\_\_ 回 )
  - ②出産年月・出産時の妊娠週数・出生体重など
- |                    |                    |
|--------------------|--------------------|
| H・R 年 月 ( _____ 週) | H・R 年 月 ( _____ 週) |
| H・R 年 月 ( _____ 週) | H・R 年 月 ( _____ 週) |
| H・R 年 月 ( _____ 週) | H・R 年 月 ( _____ 週) |

【4】結婚・家族について (当てはまるものに○を付けてください)

- ・既婚の方 ⇒ \_\_\_\_\_ 歳で結婚 / 夫 (パートナー) の年齢 (現在) \_\_\_\_\_ 歳
- ・未婚の方 ⇒ 性交渉経験〔 有 ・ 無 〕

【5】既往歴 (今までにかかった病気や手術について当てはまるものに☑を付けてください)

- 内科 (当てはまるものに○を付けてください)  
喘息 ・ てんかん ・ 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 甲状腺疾患 ・ 心疾患 ・ 肝疾患 ・ 腎疾患  
その他 (病名: \_\_\_\_\_ )
- 心療内科 (病名: \_\_\_\_\_ )
- 婦人科 (病名: \_\_\_\_\_ )  
手術の経験が〔 無 ・ 有 〕 ⇒ 有の方 (手術名: \_\_\_\_\_ )
- その他 (病名 \_\_\_\_\_ )  
手術の経験が〔 無 ・ 有 〕 ⇒ 有の方 (手術名: \_\_\_\_\_ )
- 上記該当なし
- アレルギー〔 無 ・ 有 ⇒ 何のアレルギーですか? ( \_\_\_\_\_ ) 〕

【6】現在、常用している薬品があれば お書きください

薬品名 ( \_\_\_\_\_ )

【7】喫煙歴について

- 喫煙歴が〔 無 ・ 有 ⇒ 現在も喫煙していますか? いない ・ いる ⇒ \_\_\_\_\_ 本/日〕

【8】当院を何でお知りになりましたか? (当てはまるものに☑を付けてください)

- インターネット 紹介 駅の看板 医院建物の看板 受診歴有 近所 その他 ( \_\_\_\_\_ )