

問診票 (婦人科)

記入日 西暦 年 月 日

カルテNo. _____

ふりがな				性別	女性・男性・その他		
お名前	さま						
生年月日	西暦	年	月	日	年齢	満	歳
身長・体重	身長		cm		体重		kg
住所	〒 -						
電話番号	自宅 ()		-		携帯 ()		-

①本日はどうされましたか？あてはまるものに☑をつけてください。

- 子宮がん検診 おりもの 生理がこない
不正出血 かゆみ 生理不順 月経前症候群
生理痛 性感染症の検査 更年期症状
性交痛 その他 ()
- ※妊娠判定をされましたか？ いいえ はい (月 日)
 病院・市販の妊娠検査薬 陽性 陰性

②子宮がん検診を受けていますか？ いいえ はい 最終検診 年 月

③月経歴について

初経 才 閉経 才
 最終月経 月 日 ~ 月 日 月経周期 日 周期 順調 不順
 経血量 多い ふつう 少ない

④結婚はしていますか？ 既婚 未婚

⑤性交渉の経験はありますか？ なし あり

⑥妊娠・分娩の経験はありますか？ なし あり

ある方は、該当する事項を記入してください。

妊娠 回 分娩 回 流産 回 中絶 回

	出産年	出生週数	出生体重	分娩方式
第1子	年	週	g	<input type="checkbox"/> 普通分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開
第2子	年	週	g	<input type="checkbox"/> 普通分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開
第3子	年	週	g	<input type="checkbox"/> 普通分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開

⑦今までかかった大きな病気や手術はありますか？いいえ はい

病気： _____ 手術： _____

⑧過去にお薬や歯科の麻酔、食べ物でアレルギー（ショック・じんましん・気分不良等）を起こしたことはありますか？ なし あり ()

⑨今現在、服用中の薬はありますか？ なし

※お薬手帳があればご提出下さい。 あり→ (薬品名：)

⑩タバコは吸いますか？

いいえ はい 1日 本 年間

⑪飲酒はしますか？

いいえ はい 週 日

⑫偏頭痛はありますか？ いいえ はい (はいの方：前兆はありますか？ いいえ はい)

⑬血縁者で下記の病気になったかたはいらっしゃいますか？

- 子宮がんの人がいる 続柄 (祖母・母・姉妹・娘)
卵巣がんの人がいる 続柄 (祖母・母・姉妹・娘)
その他 () 続柄 (祖母・母・姉妹・娘)

★最後に、当院を何でお知りになりましたか？ ※複数回答可

- 以前より知っていた 友人・知人の紹介 ホームページ 駅等の看板
DAITO TIME その他 ()

当院からのお知らせメールなどご希望されますか？

- 希望する・メールアドレス (@) 希望しない