

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 生まれ	年齢	満 歳
身長・体重	身長 _____ c m	体重	_____ k g
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
 結果：異常なし・要経過観察・要再検査・要精密検査・要治療

③月経歴について
 初経 _____ 才 閉経 _____ 才 月経周期 _____ 日 周期 順調 不順
 最終月経 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 月 _____ 日 ※不順の方は、直近の3回分を教えてください。
 経血量 多い ふつう 少ない _____ 月 _____ 日 ~ _____ 月 _____ 日

④結婚はしていますか？ 既婚 未婚 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 月 _____ 日

⑤性交渉の経験はありますか？ なし あり _____ 月 _____ 日 ~ _____ 月 _____ 日

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 (自然分娩 _____ 回 / 帝王切開 _____ 回)
 流産 _____ 回 中絶 _____ 回

⑦今までに婦人科疾患にかかれた事はございますか？ いいえ はい
 婦人科疾患⇒子宮筋腫・卵巣嚢腫・子宮内膜症・子宮腺筋症・その他(_____)

⑧婦人科の手術を受けられたことはありますか？ いいえ はい
 子宮筋腫摘出術(_____ 歳) 子宮全摘出術(_____ 歳) 卵巣嚢腫摘出術(右・左・両側/全部・一部)(_____ 歳)
 円錐切除術(_____ 歳) その他(_____ 歳)

⑨その他かかった事のある大きな病気や手術はありますか？ いいえ はい
 病気： _____ 手術： _____

⑩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 (_____)

⑪今現在、服用中の薬はありますか？ なし あり→(薬品名： _____)
 ※お薬手帳があればご提出下さい。

⑫タバコは吸いますか？ いいえ はい 1日 _____ 本 年間

⑬飲酒はしますか？ いいえ はい 週 _____ 日

⑭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)

⑮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