

問診票（婦人科）

記入日 西暦 年 月 日 カルテNo.

ふりがな				性別	男性 ・ 女性
お名前	さま				
生年月日	大正・昭和 平成・令和	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 月経前症候群
不正出血 かゆみ 生理不順
生理痛 性感染症の検査 更年期症状 ※結果があればご提出下さい
性交痛 健診やドックで指摘された→(当院で実施 ・ 他院で実施)
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)
- ★当科・当院を知ったきっかけは何でしょうか？ ※複数回答可
他科も含め通院中 家族・知人の紹介 ホームページやネット検索・SNSなど
DAITO TIMEやチラシなど 他医療機関からの紹介(紹介元：)
その他 ()