

# 産婦人科問診票

受診日 平成 年 月 日

フリガナ			
氏名		年齢	歳
生年月日	年	月	日
住所 〒			
電話番号			
ご職業	身長	cm	体重 kg

1	<p><b>ご来院の理由 (いくつかでも○をつけてください)</b></p> <p>子宮がん検診、乳がん検診 健康診断 (わたらせ検診、みどり検診、その他)                  不正性器出血 下腹痛 月経不順 月経困難症 (月経痛、頭痛) おりもの 痒み                  妊娠の診断 (妊娠であれば 分娩希望 / 中絶希望 / 考え中)                  避妊の相談 (ピル、アフターピル、リング) 月経周期変更 更年期症状                  不妊相談 外陰部のでき物 外陰部の痛み 骨密度検査 予防接種希望                  その他 ( )</p>
2	<p><b>月経について</b></p> <p>初経: ( ) 歳 閉経: ( ) 歳                  最近の生理 ( 月 日 ~ 日間) 月経周期 ( 順調 日型 不順)</p>
3	<p><b>結婚、妊娠、出産について</b></p> <p>ご結婚されていますか? ( はい 結婚年月 年 月 いいえ )                  性交の経験はありますか? ( はい いいえ )                  妊娠の回数 回 出産回数 回 人工中絶 回 自然流産 回</p>
4	<p>婦人科を受診したことはありますか? ( ない ある )</p> <p>婦人科の病気 ない ある (病名: 治療 )                  大きな病気をされたことはありますか? ない ある (病名: )                  現在治療中の病気はありますか? ない ある (病名: 内服薬 )                  喘息といわれたことがありますか? ( ない ある )                  アレルギーはありますか? ない ある ( )                  喫煙について 吸わない 吸う ( 本/日 年間)</p>
5	<p>ご家族の方で、癌や大きな病気、糖尿病、高血圧の方はいらっしゃいますか?                  (続柄: 病名 )</p>
6	<p>その他、医師に知らせたいことがあればお書き下さい</p>