

産婦人科問診票

受診日 令和 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>ご来院の理由 (いくつでも○をつけてください)</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</p> <p>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>月経について</p> <p>初経 ; () 歳 閉経 : () 歳</p> <p>最近の生理 (月 日 ~ 日間) 月経周期 (順調 日型 不順)</p>
3	<p>結婚、妊娠、出産について</p> <p>ご結婚されていますか? (はい 結婚年月 年 月 いいえ)</p> <p>性交の経験はありますか? (はい いいえ)</p> <p>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)</p> <p>大きな病気をされたことはありますか? ない ある (病名:)</p> <p>現在治療中の病気はありますか? ない ある (病名: 内服薬)</p> <p>喘息といわれたことがありますか? (ないある)</p> <p>アレルギーはありますか? ない ある ()</p> <p>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>