

問診票 (婦人科)

年 月 日

昭

氏名 _____ 生年月日 平 年 月 日(歳) 職業 _____

住所 _____ 連絡のつく電話 _____

- 相談 子宮がん検診 不正出血 生理不順・生理の悩み()
- おりものが多い かゆみ 性病が心配
- 更年期症状 しこりをふれる 生理をずらしたい
- 避妊の相談 妊娠の可能性がある(出産予定 ・ 中絶希望)
- 緊急避妊アフターピル(性交 日 時) ピルの処方
- その他()

●身長 _____cm / 体重 _____kg

●大きな病気や手術をしましたか? なし ・ あり()

●治療中の病気、飲んでいる薬がありますか? なし ・ あり()

●薬のアレルギーはありますか? なし ・ あり(薬)

●たばこ なし ・ あり(本/日)

●お酒 なし ・ あり

●初めての生理 _____歳

●最近の生理 _____月____日から _____日間

●生理は規則的ですか? 不規則 ・ 規則的(周期は _____日型:生理開始日から次の生理開始日までの日数)

●生理の量 ふつう 多い(固まりがでる) 少ない わからない

●生理痛 強い 少しある ない

●性交 なし ・ あり ●結婚していますか? いいえ ・ はい(年 月)

●妊娠 _____回 ●流産 _____回(中絶 _____回・自然流産 _____回)

●分娩 _____回 ① _____歳/妊娠 _____週/男・女 _____g/経膈分娩 帝王切開(理由 _____)

② _____歳/妊娠 _____週/男・女 _____g/経膈分娩 帝王切開

●妊娠中、分娩、お子さんに異常はありましたか? なし ・ あり()

●1年以内に子宮がん検査を受けましたか? いいえ ・ 受けた(年 月)

●診察や治療についてのご希望を教えてください。