

問診票（婦人科）

年 月 日

かな

-氏名 _____ (歳) 職業 _____

- 相談 子宮がん検診 卵巣のチェック 生理不順・生理の悩み()
不正出血 おりものが多い かゆみ 性病のチェック
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

- 今までに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 -閉経 _____ 歳

- 生理は規則的ですか？ 不規則 ・ 規則的(周期 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

-性交経験 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
 ③ 歳

-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要望があれば教えてください。