

ID _____

婦人科問診票

受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

フリガナ _____

氏 名 _____ 生年月日 T S H _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 歳

〒 _____

住所 _____

職業 _____

☐ 携帯番号 _____

身長 _____ cm

☐ 電話番号 _____

体重 _____ kg

当院からの連絡先としてご希望の電話番号にチェック⑩をお入れください。

① 今日はどうされましたか？ (○を付けてください)

生理不順	生理痛	生理の出血が多い	不正出血
おりもの	外陰部の症状	かゆみ	腹痛
目黒区検診	子宮がん検診	乳がん検診	更年期症状
筋腫や卵巣嚢腫の定期健診	緊急避妊	ピルの相談	
月経移動 → 避けた日	月	日	～ 月
次回生理の予定	月	日	
その他	_____		

② 生理について

- ・ 初潮の年齢 _____ 歳 閉経の年齢 _____ 歳
- ・ 一番最近の生理が始まった日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ～ _____ 日間
- ・ 生理の周期 (整 ・ 不順 ・ 以前は整だが今は不順 ・ 今回のみ不順)
- ・ 現在妊娠 (していない ・ 可能性がある ・ している 【 _____ カ月 】)

③ 結婚・出産・性交渉について

- ・ 結婚歴 結婚している ・ していない (以前結婚していた事が ある ・ ない ・ 死別)
- ・ 妊娠 _____ 回 出産 _____ 回 自然流産 _____ 回 中絶 _____ 回
- ・ 性交渉の経験 (あり ・ なし)

④ 現在もしくはこれまでに何かご病気はございますか？

いいえ ・ はい → (病名 : _____)

⑤ これまでに手術を受けたことはございますか？

いいえ ・ はい → (_____)

⑥ 現在服用されているお薬はありますか？

いいえ ・ はい → (薬剤名 : _____)

⑦ お薬や食べ物のアレルギーはございますか？

いいえ ・ はい → (_____)

⑧ たばこは吸いますか？

いいえ ・ はい → (_____ 歳から 1 日 _____ 本) 以前吸っていた (1 日 _____ 本 年)