

# 婦人科問診票

お名前 \_\_\_\_\_ 様

I D

受診日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

・身長・体重・年齢をお聞かせください

身長( )cm 体重( )kg 年齢( )才

## 1. 月経についてお聞かせください。

最終月経 \_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日から\_\_\_\_\_日間 (周期\_\_\_\_\_日 / 不整)

初潮\_\_\_\_\_歳 ・ 閉経\_\_\_\_\_歳

## 2. 性交渉の経験がありますか？

ある ない

(該当の方：避妊はしていますか？ はい いいえ)

## 3. 妊娠・分娩歴をお聞きいたします。

妊娠回数\_\_\_\_\_回 ・ 分娩回数\_\_\_\_\_回 (経膈\_\_\_\_\_回 ・ 帝王切開\_\_\_\_\_回)

自然流産\_\_\_\_\_回、人工流産\_\_\_\_\_回、早産\_\_\_\_\_回

## 4. 本日来院された理由をご記入ください。現在の症状はいつごろから？

出血をしている

おりものが気になる

下腹部痛がある

\_\_\_\_\_日前から

\_\_\_\_\_日前から

\_\_\_\_\_日前から

その他

{

## 5. 現在治療中の病気はありますか？

(病名： \_\_\_\_\_ )

## 6. 現在飲んでいる薬物がありますか？

(薬品名 \_\_\_\_\_ )

## 7. 入院や手術をしたことはありますか？

(病名： \_\_\_\_\_ )

## 8. 今までに食べ物や薬などでアレルギーを起こしたことはありますか？

(食品： \_\_\_\_\_ 薬： \_\_\_\_\_ )

## 9. ご家族(血縁者)で、病気の方はいらっしゃいますか？

(過去に入院や手術など、治療されていた場合も含みます)

(続柄、病名をご記入ください)

{

## 10. 妊娠されていますか？(可能性のある方もお知らせ下さい)

はい(妊娠 \_\_\_\_\_ヶ月)

可能性がある

いいえ

わからない

## 11. 授乳されていますか？

はい(お子さんの年齢： \_\_\_\_\_歳 \_\_\_\_\_ヶ月)

いいえ

## 12. 喫煙していますか？

はい(1日 \_\_\_\_\_本)

いいえ

## 13. 最近1年間で子宮頸がん健診を受けていますか？

はい( \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月頃)

いいえ

## 14. 13で『はい』とお答えした方、健診結果で所見はありましたか？

はい

いいえ