ID:

婦人科 問診票

㊙ これはいかなる場合も絶対に公表しません。

記入日：西暦　　年　　月　　日

ふりがな

氏名

（〒　　－　　）

☎　　緊急☎(続柄　　)

生年月日（西暦）　　年　　月　　日生　　才

職業　　外国籍

身長　　cm　　体重　　kg

1 本日受診される理由にレ点をつけてください

☐月経の異常

（生理不順・量が多い・他：＿＿＿＿＿＿）

☐おりものの異常

（量が多い・においが気になる・他：＿＿＿＿＿＿）

☐排尿の異常（トイレが近い・排尿痛）

☐陰部がかゆい

☐性病が心配

☐更年期障害

☐不正出血

☐下腹部痛

☐子宮ガン検査希望

最終：西暦＿＿＿＿年＿＿月頃

結果（異常なし・その他：＿＿＿＿＿＿＿＿）

☐月経日移動：避けたい日（＿＿月＿＿日～＿＿日間）

☐ピル希望

☐ミレーナ希望

☐緊急避妊薬希望

☐避妊相談

☐子供がほしい

☐ブライダルチェック

☐その他［　　］

2 月経について

・初潮＿＿＿歳　閉経＿＿＿歳

・最終月経は（＿＿月＿＿日より＿＿日間、不明）

・月経周期は（ 順調・不順 ）（周期：＿＿＿～＿＿＿日周期）

・経血量は（とても多い・多・普通・少）

・かたまりは（出る・出ない）

・月経痛は（強・弱・なし）（部位：腰痛・腹痛・他＿＿＿＿＿）

3 結婚・妊娠・分娩歴について

・性交渉の経験：なし・あり

☐既婚：西暦＿＿＿＿年＿＿月

☐入籍予定：西暦＿＿＿＿年＿＿月

☐未婚：パートナー（あり・なし）

・妊娠：＿＿＿回

・流産：＿＿＿回

・中絶：＿＿＿回

・経腟分娩：＿＿＿回

・帝王切開：＿＿＿回

4 病歴について

・現在通院中のご病気はありますか

ない・ある ▸病名：

病院名：

治療や薬：

・過去にかかった病気や手術はありますか

ない・ある：

・アレルギーはありますか

ない・ある：

・たばこは吸いますか（吸わない・吸う：＿＿＿＿本/日）

・授乳中ですか（いいえ・はい：産後＿＿＿ヵ月）