

裏面もご記入ください

婦人科 問診票

年 月 日

ふりがな

氏 名

生年月日 T・S・H 年 月 日

住 所 〒

年齢 才

電話番号

★最終月経	月 日から 日間	☐ 閉経 ()歳
★妊娠の可能性	☐ あり ☐ なし	
★月経周期	☐ 順調 ()日型 ☐ 不順 ()日	
★月経量	☐ 多い ☐ ふつう ☐ 少ない	
★生理痛	☐ ひどい ☐ 少しある ☐ ない	
★性行為の経験	一度でもありますか？ ☐ YES ☐ NO	
★結婚歴	☐ 未婚 ☐ 既婚 ☐ 離婚 ☐ 死別	
★出産歴	妊娠()回 流産()回 中絶()回	
	出産()回 自然分娩()回 帝王切開()回	
★アレルギー	☐ あり() ☐ なし	
★婦人科検診は受けています	☐ いいえ	
	☐ はい→ いつ()・頸癌() 体癌() エコー()	

～ ～ 今回はどうされましたか ～ ～

- 1 帯下異常 ☐おりおのが多い ☐におい ☐かゆい ☐その他()
- 2 STD(性病)検査希望
- 3 外陰部できもの
- 4 ブライダルcheck希望
- 5 検診希望(保険での検査のみになります。市民検診は本日実施できません)
- 6 月経がこない
- 7 月経の相談 ☐月経不順 ☐月経前の症状 ☐不正出血 ☐その他()
- 8 更年期の相談 ☐のぼせ ☐ほてり ☐発汗 その他()
- 9 避妊希望 ☐ (自費)ピル ☐避妊リング ☐アフターピル希望
- 10 月経をずらしたい(自費) 避けたい日()
- 11 その他

診察に対しての希望はありますか？

名 前

日 付

既 往 歴 ★婦人科以外でも骨折・手術・入院治療など

なし・あり

↓病名

↓病院名

①	年	月	才()
②	年	月	才()
③	年	月	才()
④	年	月	才()
⑤	年	月	才()
⑥	年	月	才()
⑦	年	月	才()

家 族 歴 ★血縁関係(祖父母・おじ・おばぐらいまで)

なし・あり

心疾患 (狭心症・心筋梗塞)

脳疾患 (脳溢血・脳梗塞・脳出血)

悪性腫瘍

その他：

現 病 歴 ★婦人科以外でも内科・眼科・心療内科など(お薬手帳持参の方はご提示してください)

なし・あり

↓病名

↓病院名

↓処方薬

①	()
②	()
③	()
④	()
⑤	()
⑥	()
⑦	()
⑧	()

アレルギー なし ・ あり

食物：

動物アレルギー：

薬物：

花粉症など：

生 活 歴 アルコール 飲まない ・ 飲む→()ml/日 ()日/週

何をのめますか → ビール・チューハイ・日本酒・焼酎・ウィスキー
ブランデー・ワイン・そのほか()

タバコ □吸ってる ()本/日 ()才から ()年間
□吸っていた ()本/日 ()才 ～ ()才まで
□吸わない