

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

★出産歴

妊娠()回

出産()回

流産()回

中絶()回

★アレルギー

□あり()

□なし

検診は受けています

□いいえ

□はい

→

いつ()

どこで()

結果()

★既往歴

～ ～ 今回はどうされましたか ～ ～

1 帯下異常 □おりものが多い □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

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 ★眼の病気などは見逃しやすいので聴く。緑内障、BRVO(網膜静脈分枝閉塞症)など。

なし・あり

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 心疾患 (狭心症・心筋梗塞)

なし・あり 脳疾患 (脳溢血・脳梗塞・脳出血)

悪性腫瘍

その他：

現 病 歴 ★眼の病気などは見逃しやすいので聴く。緑内障、BRVO(網膜静脈分枝閉塞症)など。

なし・あり

☆DMある方 眼科の通院 □あり(病院名：) □なし

病名	病院名	処方薬
①	()	
②	()	
③	()	
④	()	
⑤	()	
⑥	()	
⑦	()	
⑧	()	
⑨	()	
⑩	()	

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

(日本酒 ・ ビール ・ 焼酎 ・ ウイスキー ・ ワイン)

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