

問診票



ふりがな

年 月 日

■氏名

■生年月日 大正・昭和・平成・令和 年 月 日 ■年齢 歳

■現住所 〒

■電話番号 自宅

携帯

1. 来院された症状・理由に○を付け、記入してください

- 月経異常……………生理不順、無月経（月経が来ない）、月経量が少ない、生理痛が強い
その他（ ）
- 不正性器出血……………出血した日、日数、期間など（ ）
- 帯下（おりもの）の異常…量が多い、色が気になる、臭いがする、かゆみがある、
その他（ ）
- 婦人科疾患の検診……………子宮筋腫、子宮内膜症、卵巣のう腫、骨盤性器脱（子宮脱）
子宮がん検診（頸がん・体がん）、その他（ ）
- 更年期障害……………ホットフラッシュ、のぼせ、汗、冷え、動悸、その他（ ）
- 不妊症・不育症……………不妊期間（ ）年間、不育症（流産日数 ）日
- 妊娠しているかどうか？…月経が遅れている、妊娠検査薬（反応）陽性
- 妊婦健診……………現在、妊娠 週 日、分娩予定日 年 月 日
分娩予定（希望）施設：
- 予防接種……………子宮頸がんワクチン【シルガード（9価ワクチン）、ガーダシル（4価）】（生・不活化ワクチン）
インフルエンザワクチン、高齢者肺炎球菌ワクチン、MR（麻しん・風疹混合）、帯状疱疹ワクチンなど
- 相談……………緊急避妊、避妊相談（ピルの処方、ミレーナについてなど）、月経移動の相談など
- その他……………（ ）

2. 既往歴

【今までに治療した病気や現在、治療中の病気はありますか？】

- なし
- あり：気管支喘息、高血圧、脂質代謝異常症、糖尿病、
甲状腺疾患、肝臓病、腎臓病、消化器疾患、膠原病
メンタル疾患、てんかん、性病（ ）
その他（ ）

3. 既往手術歴

【今までに手術を受けたことはありますか？】

- なし
- あり： 年 月 日（ ）

4. 内服薬

【毎日飲んでいる薬はありますか？】

- なし
- あり：（ ）

5. 今までにアレルギーを経験したことはありますか？

【薬剤、金属、ゴム、食べものなど】（発疹やかゆみなど）

- なし
- あり：（ ）

6. 現在は喫煙していますか？

- なし
- あり：（ ）

7. 月経について教えてください

- 初経 【初めて月経が来た年齢】 _____ 歳
- 周期 順、 _____ 日型
 不順（およそ _____ 日周期から _____ 日周期）
- 持続期間 _____ 日間
- 最終月経 _____ 月 日 ~ _____ 月 日
- その前の月経 _____ 月 日 ~ _____ 月 日
- 生理の量 普通 ・ 少なめ ・ 多い
- 生理痛 ない ・ ある ・ 強い（ひどい）
痛み止めの服用 ない ・ ある
- 閉経 【月経が終わった年齢】 _____ 歳

8. 結婚はしていますか？

- なし
- あり： _____ 歳

9. 性交（セックス）の経験はありますか？

- なし
- あり

10. 妊娠について教えてください

妊娠回数 _____ 回、分娩回数 _____ 回（うち、帝王切開 _____ 回）
流産回数 _____ 回、中絶回数 _____ 回

11. 今回の受診にあたり当院をどのようにしてお知りになりましたか？

- 紹介 [家族・友人・その他（ ）]
- 看板を見て インターネット その他 k（ ）