

ID

ふりがな

年 月 日

# 問診票



氏名

生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日 年齢 歳

現住所 〒

当院からご連絡しても良い電話番号

電話番号 自宅 携帯

職業 身長 cm 体重 kg

## 1 来院された症状・理由に○をつけ、ご記入ください

- 月経異常 → 生理不順・無月経(生理が来ない)・月経量が少ない・生理が強い  
その他( )
  - 不正性器出血 → 出血した日・日数・期間など( )
  - おりもの異常 → 量が多い・色が気になる・臭いがする・かゆみがある
  - 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・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( )
  - 子ども希望 → 相談・その他( )
  - 妊娠判定 → 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 → 相談・接種(種類: )
  - 相談 → 避妊(ピル・ミレーナ・その他)
- ピル服用中の方はお薬の名前を記入ください( )
- 月経移動 → ※生理を避けたい日にち 月 日 ~ 月 日
  - 緊急避妊 → ※性交渉の日時 月 日 時 分頃  
薬の服用をしたことが ない・ある( 回)
  - 性病検査の希望 → する・しない
  - その他 → ( )

スタッフ記入欄	
体温	℃
血圧 ①	血圧 ②
/	/
脈拍 ①	脈拍 ②
HPV	済・未

## 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( )
  - ご家族の方に 高血圧・糖尿の方はいらっしゃいますか?  
※ なし・あり( 父・母・兄・姉・弟・妹 )
  - 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( )
  - 婦人科にて内診を受診したことがありますか?  
※ あり・なし(はじめて)
- 内診に不安がある方は先生とご相談ください。
- 1年以内に会社や検診などで子宮頸がん検診を受診されていますか?  
※ なし・あり( )
  - 毎日飲んでいるお薬はありますか?  
※ なし・あり( )
  - ピルの服用はありますか?  
※ なし・あり( )
  - アレルギーがありますか? → あり・なし  
※ 薬剤・金属・ゴム・食べ物・花粉  
その他:
  - 現在 喫煙していますか?  
※ なし・あり( 1日 本 )
  - 当院をどのようにお知りになりましたか?  
※ ご家族紹介・友人、知人からの紹介・看板  
インターネット・Instagram・その他( ))

## 3 月経(生理)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・少ない・多い  
生理痛: ない・ある・ひどい  
痛み止めの服用: ない・ある

※ 閉経 \_\_\_\_\_ 歳

## 4 妊娠・出産歴について

- 入籍予定はありますか?: いいえ・はい( 年 月頃)
- 結婚されていますか?: いいえ・はい( 歳 )
- 性交(セックス)の経験はありますか?: なし・あり
- 妊娠したことが なし・あり( 回 )

妊娠時年齢 上記 ↑ (あり) の方は下記にご記入ください

歳	正常・中絶・流産・病院名( )
歳	正常・中絶・流産・病院名( )
歳	正常・中絶・流産・病院名( )
歳	正常・中絶・流産・病院名( )
歳	正常・中絶・流産・病院名( )