

婦人科問診票

フリガナ _____ 生年月日 _____
氏名 _____ 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 才

身長 _____ cm _____ kg 血液型 A B O AB (Rh + -) 不明 輸血歴 (なし・あり)

アレルギー なし・あり (_____) 喘息 なし・あり

ゴムアレルギー なし・あり _____ 採血時アルコール綿使用 可・不可 _____

住所 _____ 職業/ 学生 _____

電話番号 (_____) e-mail: _____ @ _____

● 本日受診された理由について この下の□から該当する箇所を☑チェックしてください。複数回答可です。

- 月経のお悩み (月経不順、生理痛、量が多い、その他) PMS (月経前緊張症)
- おりものが気になる (量・色・臭い) いつから? (_____)
- 下腹部痛 (生理の前・生理の時・生理に関係なく・性交時・排便時・排尿時 波がある・ない)
- 子宮筋腫があると言われた 卵巣が腫れていると言われた
- 子宮頸がん検診 子宮頸がん検診で要再検査と言われた
- 不正性器出血 (いつから_____)
- 更年期症状
- (ホットフラッシュ、不眠、頭痛、肩こり、気分が落ち込む、その他_____)
- 外陰部のできもの 外陰部のかゆみ
- 尿路系 (膀胱炎、排尿時痛、頻尿、尿もれ)
- 性感染症の検査 (クラミジア、淋菌、ヘルペス、コンジローマ、梅毒、HIV) ※自費
- 妊娠の可能性 (市販検査薬していない・した→ +・- 検査日 _____月 _____日) ※自費
- 中絶したい (相手の方との話し合い 済・未) ・考慮中 ※自費
- 月経をずらしたい ※自費
- 緊急避妊 ※自費
- 低用量ピル (初回、他院からの継続 薬名 _____) ※自費
- レディースドック ※自費 不妊の相談 ※一部自費診療になる場合があります。
- 海老名市・綾瀬市・座間市 子宮がん検診
- プライダルチェック ワクチン ※自費
- 薬希望 (プラセンタ・ホルモン注射・ピル・その他_____)

今までに、婦人科を受診したことはありますか? (あり、なし 今回が初めて)

最後に受けた子宮がん検診はいつになりますか? (受けたことがない、_____年_____月_____日)

最終月経 (一番最近の月経が始まった日 _____年_____月_____日~_____日間) 閉経 _____歳

(さらにその前の月経 _____年_____月_____日~_____日間)

月経周期 順 (_____日型) 不順 (_____日~_____日)

月経量 (少ない、普通、多い)

痛み (なし、普通、強い 鎮痛剤使用 -・+ 薬名 _____)

性交経験 (あり、なし) 性交痛 (あり、なし)

結婚歴（未婚、既婚 歳、離婚歴 あり・なし、再婚 歳、パートナーあり、なし）

妊娠歴 なし・あり（ ）回

	西暦 年/月/日	母体 年齢	妊娠 週数	児体重 (g)	性別	健否	分娩方法 (正常経産分娩、吸引・鉗子、帝王切開など)	流産や中絶など	その他 (体外受精や妊娠高血圧症など)
1									
2									
3									
4									
5									

既往歴（今までにかかった病気はありますか？） 例 15歳 虫垂炎 手術

歳

歳

現在治療中の病気（なし、あり）

- 高血圧 糖尿病 高脂血症 喘息 腎機能 尿酸値が高い 脳梗塞
 不整脈 緑内障 その他（.....）

現在服用中のお薬やサプリメントがありましたらお知らせください

.....

家族歴 （ ）内に父母、兄弟など記入してください

がん（ ） 高血圧（ ） 糖尿病（ ）

その他（ ）

生活習慣

タバコ（吸わない、吸う 本/日 年間、禁煙した 年前から）

お酒（飲まない、付き合い程度、毎日）

ルナルナ 使っていますか？ いいえ/分からない はい（番号 ）

どのように当院を知りましたか？

- 当院のホームページ インターネット検索
 病院検索サイト（ ） 近隣にお勤め、近隣にお住まい
 その他（ ） 友人、知人のご紹介（ ）様