

# 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	職業： 学生 会社員 主婦 無職 自営業 その他 ( )
アレルギー 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 〒 ( ) - ( )	都道 郡 府県 市
電話番号 ( )	緊急連絡先 ( )
e-mail :	@

## ● 本日受診された理由について

この下の該当するメインの症状の箇所に☑チェックまたは○をつけて下さい。複数個の場合はメインのみの診察となることがあります。

- 月経のお悩み (月経不順、生理痛、量が多い、その他)  PMDs(PMS/PMDD) (月経前症候群)
- 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・体がん)検診で要再検査と言われた
- 子宮がん検診
- 不正性器出血 (いつから )
- 更年期症状
- 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) ←トイレに行きたい方は受付に声かけてください。尿検査する事があります。
- 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
- 性感染症の検査 (クラミジア、淋菌、ヘルペス、梅毒、HIV、ウレアプラズマ) ※自費
- 月経をずらしたい (月経予定日 月 日、 月 日から 月 日までは避けたい。) ※自費
- 緊急避妊 (モーニングアフターピル) ※自費
- 低用量ピル (初回、他院からの継続 薬名 )
- 不妊の相談 ※：一部自費診療になる場合があります。
- プライダルチェック※  風疹・麻疹抗体検査※  HPVワクチン※  その他ワクチン ( )
- 薬希望 ( )
- その他 ( )

薬手帳や、他院の検査結果等参考になる資料をお持ちでしたら診察前に受付にお渡しください。

今までに、婦人科を受診したことはありますか？ (あり、なし)

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、不明)

最終月経 (一番最近の月経が始まった日 年 月 日～ 日間) 初潮 歳

(さらにその前の月経 年 月 日～ 日間) 閉経 歳

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 (なし、あり → 薬剤名 )

性交経験 (あり、なし) 性交痛 (あり、なし)

裏面へ続きます

結婚歴 (未婚、既婚 \_\_\_\_\_ 歳の時、離婚 あり・なし、再婚 \_\_\_\_\_ 歳の時、現在パートナー あり・なし)

妊娠歴 なし・あり ( \_\_\_\_\_ ) 回 (←出産回数や流産・中絶や子宮外妊娠(異所性妊娠)の回数を全て足した妊娠回数です)

	西暦 年/月/日		母体 出産 年齢	妊娠 週数	児体重 (g)	性別	健否	分娩方法 <small>正常経産分娩、 吸引分娩・鉗子分娩、帝王切開</small>	流産や中絶など <small>自然流産、人工妊娠中絶、 胎状奇胎、子宮外妊娠</small>	その他 <small>(体外受精や妊娠高血圧症、 妊娠糖尿病など)</small>
	1	2								
例	1	2001/01/01	30	40	2885	男	健	経産		
	2	2008/04/02	37	38	3776	女	健	緊急帝王切		妊娠高血圧症
	3	2010/07/07	39	7					人工妊娠中絶	
1										
2										
3										
4										
5										

既往歴 (今までにかかった病気はありますか?) → (なし・あり)

例: 12歳 虫垂炎 手術  
15歳 片頭痛

\_\_\_\_\_ 歳

\_\_\_\_\_ 歳

現在治療中の病気 (なし・あり)

- 喘息  高血圧  糖尿病  高脂血症 (脂質異常症)  脳梗塞  不整脈  
 緑内障  精神疾患 (うつ病・統合失調症・社会適応障害・ \_\_\_\_\_ )  
 片頭痛 (前兆あり・前兆なし)  
 その他 ( \_\_\_\_\_ )

現在服用中のお薬やサプリメント (なし・あり)

ありの場合 ( \_\_\_\_\_ )

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)

生理日管理でルナルナ  を使っていますか?  いいえ/分からない  はい (メディコ番号 \_\_\_\_\_ )

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  電柱広告・看板  
 病院検索サイト ( \_\_\_\_\_ )  近隣にお勤め、近隣にお住まい  
 友人、知人のご紹介 ( \_\_\_\_\_ 様)  その他 ( \_\_\_\_\_ )

本日の交通手段についてお尋ねします。一番当てはまるものに☑をして下さい。

電車  自家用車  バス  自転車  徒歩  その他 ( \_\_\_\_\_ )

次回の予約はWEB予約の再診の方で予約をお取りください。

無断キャンセルを繰り返される方や直前の予約変更、不正な予約を取られる方は、今後予約が取れなくなりますのでご注意ください。