

婦人科問診票

お名前 _____ 様

I D

受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

・身長・体重・年齢をお聞かせください

身長()cm 体重()kg 年齢()才

1. 月経についてお聞かせください。

最終月経 _____月_____日から_____日間 (周期_____日 / 不整)

初潮_____歳 ・ 閉経_____歳

2. 性交渉の経験がありますか？

ある ない

(該当の方：避妊はしていますか？ はい いいえ)

3. 妊娠・分娩歴をお聞きいたします。

妊娠回数_____回 ・ 分娩回数_____回 (経膈_____回 ・ 帝王切開_____回)

自然流産_____回、人工流産_____回、早産_____回

4. 本日来院された理由をご記入ください。現在の症状はいつごろから？

出血をしている

おりものが気になる

下腹部痛がある

_____日前から

_____日前から

_____日前から

その他

{

5. 現在治療中の病気はありますか？

(病名： _____)

6. 現在飲んでいる薬物がありますか？

(薬品名 _____)

7. 入院や手術をしたことはありますか？

(病名： _____)

8. 今までに食べ物や薬などでアレルギーを起こしたことはありますか？

(食品： _____ 薬： _____)

9. ご家族(血縁者)で、病気の方はいらっしゃいますか？

(過去に入院や手術など、治療されていた場合も含みます)

(続柄、病名をご記入ください)

{

10. 妊娠されていますか？(可能性のある方もお知らせ下さい)

はい(妊娠 _____ヶ月)

可能性がある

いいえ

わからない

11. 授乳されていますか？

はい(お子さんの年齢： _____歳 _____ヶ月)

いいえ

12. 喫煙していますか？

はい(1日 _____本)

いいえ

13. 最近1年間で子宮頸がん健診を受けていますか？

はい(_____年 _____月頃)

いいえ

14. 13で『はい』とお答えした方、健診結果で所見はありましたか？

はい

いいえ