

初診患者様用問診票（婦人科）

フリガナ		生年月日	S・H	年	月	日（ ）	歳
氏名（妻）		職業					
自宅電話		携帯電話					
メールアドレス							
住所	〒						
フリガナ		生年月日	S・H	年	月	日（ ）	歳
氏名（夫）		職業					

※クリニックからのお電話は（個人名で・病院名で）、可能な時間帯（ 時 ～ 時）、留守録（可・不可）

(1) 今日はどのようなことでおいでになりましたか。

1. 月経不順 2. 月経痛 3. 無月経（妊娠の可能性 あり・なし） 4. 不正出血 5. 腹痛
 6. 子宮癌検診 7. 陰部が痛い、かゆい 8. おりものが多い 9. 更年期障害 10. 避妊の相談
 11. 緊急避妊の相談 12. 子宮筋腫があると言われた 13. 卵巣が腫れていると言われた
 14. 婦人科検診 15. その他（ ）

(2) 結婚歴（該当する項目に○を付け、ご記入ください）

結婚 結婚年齢 歳（西暦 年 月）

離婚（西暦 年 月）

再婚（西暦 年 月）

婚約中

独身

性交渉の経験（あり・なし）

(3) 月経周期

最終月経： 年 月 日 日間

初経： 歳

月経周期： 日間（順調・ほぼ順調・不順）

不順：短い時 日間 長い時 日間

月経量：（多量・中等量・少量）

月経痛：（あり・なし）

あり：強い・普通・弱い・症状（ ）

(4) 妊娠歴

- ・ 歳時（中絶・流産・出産： 月 / 男・女 / g)
- ・ 歳時（中絶・流産・出産： 月 / 男・女 / g)
- ・ 歳時（中絶・流産・出産： 月 / 男・女 / g)

(5) 既往歴

病気：

（治癒・治療中 施設名：)

手術：

（施設名)

アレルギー（あり・なし）※ありの方は下記にご記入ください。

食物（)

薬剤（)

喘息（なし・あり：現在の状態)

(6) 婦人科検診

最終検診日： 年 月

指摘されたこと：

子宮癌検診 年 月 結果（陰性・陽性）

(7) 身長： cm / 体重： kg

(8) ご家族で病気の方はいますか？

糖尿病・高血圧・膠原病・遺伝的な病気・癌・肝炎

その他（)

(9) 当クリニックを受診するきっかけは何ですか。

医者からの紹介（病院名： 医者名：)

友人・知人からの紹介（紹介者：)

（自宅・学校・職場）から近い

インターネット（当院ホームページ・タウンページ・患者の気持ち・町田市医師会・その他）

本、雑誌で見た（本、雑誌名：)

以前受診した

上記以外（)

※ご協力ありがとうございました。