

婦人科問診票

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

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

以下の質問にお答えください

記入漏れがありますとお預かりできませんので、わからない部分もあると思いますが、両面のご記入をなるべく詳しくお願いします

① 来院理由をおしえてください(当てはまるものに✓をつけてください)

- 月経不順 月経痛 無月経(妊娠の可能性 あり・なし) 不正出血 腹痛 子宮がん検診
 陰部が痛い、痒い おりものが多い 更年期障害 避妊の相談 緊急避妊の相談
 他院にて検査後が婦人科疾患あると言われた 婦人科検診 月経ずらし 排尿の異常
 卵巣が腫れていると言われた ブライダルチェック
 その他()

② ご自身についておしえてください(当てはまる項目に✓をつけ記入をしてください)

- 独身
 婚約中(年 月頃予定)
 結婚 結婚時年齢 歳(年 月)
 離婚(年 月)
 再婚(年 月)・お子さんはいらっしゃいますか?(人)
 ●性交渉の経験(□なし・□あり)
 ●身長(cm)・体重(kg)
 ●たばこは吸いますか?(□いいえ・□はい(喫煙歴: 年・本数 本/日))
 ●お酒は飲みますか?(□いいえ・□はい)
 ●ご家族で病気の方はいますか?
 糖尿病・高血圧・膠原病・心臓病・腎臓病・癌・肝炎・遺伝的な病気()
 その他()

③ 月経についておしえてください(当てはまるものに○をつけ記入をしてください)

- 最終月経 : 年 月 日 日間
 初潮 : 歳
 閉経 : 歳
 月経周期 : 日間 順調・ほぼ順調・不順
 →不順の方: 最短時 日間・最長時 日間
 月経量 : 少量・普通・多量・血のかたまりが出る
 月経日数 : 3日・4日・5日・6日・7日・その他(日)
 月経痛 : ない・少し痛む・わりと痛む・日常生活に差支えるくらい痛む・その他()

④ 妊娠歴がある方はご記入ください

- 歳時 中絶・流産・出産
正常・異常 ()/週数()/男・女/出生時体重(g)
- 歳時 中絶・流産・出産
正常・異常 ()/週数()/男・女/出生時体重(g)
- 歳時 中絶・流産・出産
正常・異常 ()/週数()/男・女/出生時体重(g)

⑤ 既往歴

- なし
- あり(病気:)
治癒・治療中(年 月より)/施設名()
- 手術: (年 月)/施設名()

⑥ アレルギー等がある方はご記入ください

- アレルギー なし・ あり()
- 薬や注射などで発疹やショックになったことはありますか?
 なし・ あり(薬品名:)
- 喘息 なし・ あり(現在の状態)

⑦ 婦人科検診について教えてください

- 子宮がん検診を受けたことがありますか?
 いいえ
 はい(年 月頃・結果(陰性・陽性)
- 最後の検診はいつですか?(年 月頃)
- 指摘されたことはありますか?()

⑧ 当クリニックを受診するきっかけはなんですか?

- 以前より受診していた
- 医者からの紹介(病院名: 医師名: 先生)
- 友人・知人からの紹介(紹介者:)
- 自宅・学校・職場から近い
- 本・雑誌で見た(本・雑誌名:)
- インターネット・SNS()
- その他()

※ありがとうございました

記入が終わりましたら受付スタッフへ渡してください