

# 婦人科問診表

記入日：平成 年 月 日

お手数をおかけします。診療に役立てるため、下記の質問にお答え下さい。

刃がナ	
お名前	(旧姓 )
生年月日 T ・ S ・ H	年 月 日 ( 歳)
ご住所 〒 -	
※電話番号 ( 自宅 ・ 携帯 ) - -	
※緊急連絡先 ( 自宅 ・ 携帯 ・ 勤務先 ・ その他 ) - -	
・授乳中ですか? いいえ / はい	・妊娠中ですか? いいえ / はい ( 週)

## ◎本日婦人科を受診された理由またはご相談になりたい内容をお尋ね致します。(複数回答可)

- 月経の異常 ( 遅れている ・ 不順 ・ 無月経 ・ 痛み ・ 量が多い ・ 止まらない )  
 不正出血  陰部の悩み ( かゆみ ・ 痛み ・ おりもの ・ その他 : )  
 更年期障害について  妊娠検査希望 ( 自費 )  性病検査希望 ( 自費 )  
 ピルの相談又は処方 → 月経調整 ( 自費 ) ・ 避妊目的 ( 自費 )  
※避妊目的について、アフターピルはお取り扱いしておりません。  
 その他 ( )

## ◎あなたの状態を教えてください。

- ・最終月経 年 月 日から 日間 周期 日型 ( 順 ・ 不順 )  
・初潮 ( 歳 ) ・閉経 ( 歳 )  
・妊娠の可能性 ( なし ・ あり ) ありの方 → 妊娠検査薬 ( 月 日 ) ( + ・ - )  
・月経量 ( 少ない ・ 普通 ・ 多い ・ 血の塊がある ・ 以前より少なくなった )  
・月経痛 ( なし ・ あり → 我慢できる程度 ・ 痛み止めを飲む ・ 寝込む )  
・未婚 ( S E X 経験 なし ・ あり ) ・既婚 ( 結婚 歳 ) ・離婚 ・死別  
・妊娠 回 ・出産 回 ( 経膈分娩 回 ・帝王切開 回 )  
・自然流産 回 ・人工中絶 回
- ・子宮がんの検査を受けたことはありますか? ( 名古屋市がん検診 ・ その他 )  
( いいえ ・ はい → 検査日 年 月頃 / 結果 : 異常なし ・ 異常あり )
- ・今までに大きな病気をしたり、手術を受けたことはありますか? ( いいえ ・ はい )  
病名 ( )
- ・現在治療中の病気や服用している薬 ( サプリメントを含む ) はありますか? ( いいえ ・ はい )  
病名 ( )  
お薬 ( )
- ・アレルギーはありますか? ( いいえ ・ はい )  
お薬 ( )  
食べ物 ( )

ご協力ありがとうございました。診察までしばらくお待ち下さい。

※この問診票は診察以外では使用致しません。個人情報保護法に基づいて適切にお取り扱い致します。