

婦人科問診票

受診日： 年 月 日

ID
氏名 年齢 身長 cm 体重 kg

※ 配偶者はおられますか？ はい ・ いいえ

※ 今回の受診についておたずねします

1) 受診された理由はなんですか？

- ・ 妊娠 市販薬で妊娠反応は？ (月 日 陽性 ・ 陰性) ★ 住所 ()
- ・ 分娩される病院はお決まりですか？ (里帰り ・ 未定)
- ・ 中絶 ・ 月経異常 ・ 不正出血 ・ 子宮頸ガン検診 ・ 市民ガン検診
- ・ おりものの異常 ・ 腹痛 ・ 陰部のかゆみ、痛み ・ 更年期 ・ 不妊
- ・ その他 ()

2) それはいつからですか？ ()

3) セックスの経験はありますか？ (はい ・ いいえ)

4) 現在妊娠している可能性はありますか (はい ・ わからない ・ 絶対にない)

5) 生理についておたずねします

- ① 一番最近の生理は？ (月 日 ~ 月 日まで)
- ② 普段の生理は？ ・ 不規則 ・ 規則的 (日周期)
- ③ 生理の期間と量は？ (約 日間) 量は (多い ふつう 少ない)
- ④ 生理痛の有無は？ なし ある (症状 : 鎮痛剤の使用: ある ・ なし)
- ⑤ 初潮 () 歳 閉経 () 歳

6) 今までに妊娠は () 回 (今回の妊娠を含む)

① 出産は () 回 ② 帝王切開は () 回 ③ 流産は () 回

第1子	年	月	日	g	(	男・女	(生・死)
第2子	年	月	日	g	(	男・女	(生・死)
第3子	年	月	日	g	(	男・女	(生・死)
第4子	年	月	日	g	(	男・女	(生・死)
第5子	年	月	日	g	(	男・女	(生・死)

④ 人工妊娠中絶は () 回

7) 薬や食べ物でアレルギーはありますか？ なし ある ()

8) 現在、治療中の病気はありますか？ なし ある ()
(病名又は症状:)

9) 現在、何か薬を服用していますか？ いいえ はい
(薬名:)

10) 過去に病気にかかったことはありますか？ なし ある
喘息 高血圧 糖尿病 心臓疾患 脳卒中 ガン 甲状腺疾患
その他 (病名:)

11) 過去に手術をしたことはありますか？ なし ある (年 月 日)

12) 過去に子宮ガン検診を受けたことがありますか？ なし ある (年 月 日)

13) タバコは？ (吸わない 吸う 1日 本 / 以前は1日 本)

14) アルコールは？ (飲まない 飲む 1日 本 / 以前は1日 本)

※ 医師に相談したい事があればお書き下さい。

[]

ご記入頂きました情報は診療に必要な範囲でのみ使用し当該目的以外には使用いたしません