

# 婦人科問診票

記入日・平成 年 月 日

ふりがな  
氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 TSH 年 月 日 才 ご職業または学年 \_\_\_\_\_

診察の前に、さしつかえなければ、以下の質問にお答えください。

◎ 本日来院された目的に、○をつけるか、つらい症状の順に番号をつけてください。

- ( ) がん検診 ( 子宮がん ・ 乳がん )
- ( ) 不正出血 または ピンク色や茶色のおりものがあった
- ( ) 生理の異常 (生理不順、生理痛、生理の量が多い、又は少ない)
- ( ) 妊娠の診察 市販検査薬 (判定 +・- 検査日 月 日) 出産希望 (有・無・未定)
- ( ) 下腹部痛
- ( ) 排尿の異常 (排尿痛・残尿感・頻尿・尿もれ)
- ( ) 外陰部の異常 (かゆい・痛い・できものがある・おりものが気になる)
- ( ) 不妊の相談
- ( ) 更年期症状 ホットフラッシュ・不眠・イライラ感・めまい・動悸・その他 ( )
- ( ) PMS
- ( ) 性病の検査
- ( ) 避妊相談 (ピル・リング・緊急避妊)
- ( ) 生理をずらしたい 避けたい日にち ( 月 日 ~ 月 日)
- ( ) 精密検査 (子宮筋腫・卵巣のう腫・子宮内膜症・乳腺線維腺腫 その他: )
- ( ) 子宮頸がん予防ワクチンの接種

◎ あなたの状態を教えてください。

- 身長 cm ■体重 kg ■初潮 才 ■閉経 才
- 一番最近の生理 年 月 日 ~ 日間 その前の生理 月 日 ~ 日間
- 月経周期 順 ( 日 ) ・ 不順 ( ~ 日)
- 生理痛 (強 ・ 普通 ・ 弱 ・ 無)
- 月経出血量 (多い・固まりがある・普通・少ない)
- 未婚 (性交経験 あり・なし) 結婚 ( 才 ) 離婚 ( 才 )  
配偶者 (現在 才) 御主人のご職業 ( )
- 妊娠歴 〈なし・あり〉 妊娠 回 出産 回 (帝王切開 回) 流産 回 人工中絶 回
- 飲酒 本・杯/日・週 ■喫煙 本/日 喫煙期間 年

◎ 今までにかかった病気はありますか (年齢・病名・治療内容など)

いいえ・はい ( )

◎ 現在、治療中の病気はありますか (病名・治療内容・薬名など)

いいえ・はい ( )

◎ アレルギーはありますか (薬・食べ物・花粉・ぜんそくなど)

いいえ・はい ( )

◎ 以前、子宮がん検診を受けたことがありますか

いいえ・はい (平成 年 月 結果: 異常なし・異常あり)

◎ 以前、乳がん検診を受けたことがありますか

いいえ・はい (平成 年 月 結果: 異常なし・異常あり)

◎ 家族の病歴 ( ) に父母、兄弟などの記入をしてください。(例: 高血圧 (父)、糖尿病 (祖母) など)

癌 ( ) 高血圧 ( ) 糖尿病 ( ) 遺伝子疾患 ( ) アレルギー疾患 ( ) その他 ( )