

産婦人科問診票

[受診日 年 月 日]

(ふりがな) ()	(生年月日)
氏名	明・大・昭和・平 年 月 日 歳
住所 (〒 -)	
市 区町村	
電話番号 - -	携帯番号 - - 身長 cm 体重 kg

1. 月経についてご記入ください。

- ① 初めての月経は 歳 閉経の年齢は 歳
- ② 月経周期 (月経が始まった日から次の月経が始まるまで)
順調・ほぼ順調 (日間)
不順 [短い 日間 ・ 長い日 日間]
- ③ 月経期間 (月経が始まってから終わるまで) [日間]
- ④ 月経の量は [多い ・ 普通 ・ 少ない]
- ⑤ 月経に伴って以下の症状はありますか? [あり ・ なし]
[頭痛 ・ 下腹部痛 ・ 腰痛 ・ その他 ()]
- ⑥ 最近の月経は [年 月 日より 日間]
- ⑦ その前の月経は [年 月 日より 日間]

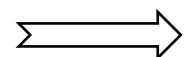
2. 結婚・妊娠についてご記入ください。

- ① 妊娠中ですか [はい ・ いいえ]
- ② 授乳中ですか [はい ・ いいえ]
- ③ 結婚していますか [はい (当時 歳) ・ いいえ]
- ④ 離婚なさいましたか [はい (当時 歳) ・ いいえ]
- ⑤ セックスの経験はありますか [はい ・ いいえ]
- ⑥ 妊娠されたことはありますか [はい ・ いいえ]
- | | | | | | |
|-----|---|------------------|----|-------|-----|
| I | 歳 | [中絶 ・ 流産 ・ 分娩] | ヶ月 | [出産時 | g] |
| II | 歳 | [中絶 ・ 流産 ・ 分娩] | ヶ月 | [出産時 | g] |
| III | 歳 | [中絶 ・ 流産 ・ 分娩] | ヶ月 | [出産時 | g] |

3. 嗜好品についてご記入ください。

お酒 [歳より1日] たばこ [歳より1日 本]

※診察を受ける方は裏面もご記入ください



産婦人科問診票

1. どんな症状でお困りですか？ 該当する項目に○をつけてください。

1・子宮がん検診（頸がん・体がん）希望

2・出血があった

3・おなかが痛い

4・月経不順

5・子宮筋腫といわれた

6・卵巣が腫れているといわれた

7・妊娠しているか

8・おりものが多い

9・更年期症状〔不眠・肩こり・のぼせ・いらいら〕

10・避妊の相談

11・子供ができない

12・手術後の定期検診

13・その他

[

]

2. いつ頃からお気づきになりましたか。

[日 前 ・ 月 前 ・ 年 前]

3. 日常生活についてお聞きします。

食欲はありますか [ある ・ 普通 ・ ない]

睡眠はとれていますか [よく眠れる ・ 普通 ・ 不眠]

便通はどのくらいですか [日 に 回]

4. 今までにかかった病気を○で囲んでください。それはいつ頃（年齢）ですか。

婦人科疾患 [] 乳腺疾患 [] 腎臓病 [] 心臓病 []

高血圧 [] 糖尿病 [] 高脂血症 [] 喘息 []

甲状腺 [] その他 []

5. 今までに薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか。

[はい ・ いいえ]

→ <はい>の方は薬・食べ物の名前をお書きください。 []

6. あなたの血縁関係（祖父・祖母・父・母・兄弟・姉妹・子供）で次の病気にかかったことがありますか。または、現在かかっている方がいらっしゃいましたらご記入ください。

子宮がん [] 乳がん [] その他のがん []

高血圧症 [] 糖尿病 [] 心臓病 [] 脂質異常症 []

甲状腺疾患 [] 肺結核 []

その他 []

子宮体癌検診希望の方へ

子宮口には個人差があり、痛み出血の程度はさまざまです。また子宮口が非常に狭い場合、内膜組織採取が困難な場合があります。その際には超音波にて内膜の観察を行っています。何かありましたら医師にお尋ねください。

《当院でのプライバシーポリシーについて》

診察に際して得た個人情報を第三者に提供はいたしません。