

婦 人 科 問 診 票

診察	初診 ・ 以前 (年 月に来院した)	紹介者		
ふりがな		生年月日	婚姻	未婚 既婚
氏名		昭和・平成 (歳) 年 月 日	職業	
住所	〒 - 都・県 区・市			
	※マンション名等の記入もお願い致します。			
連絡先	携帯・自宅	メール		
	- -		@	

下記の質問にお答えください。(○で囲み、必要事項を記入してください)

【1】本日はどのようなことで来院されましたか？

<p><u>1.月経の異常</u></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; margin: 5px 0;"> 出血量が多い・出血量が少ない・出血が止まらない 月経不順・生理痛が強い・月経前の症状が辛い </div> <p><u>2.不正出血</u> (/ ~)</p> <p><u>3.下腹部痛</u> (全体・左・右)</p> <p><u>4.更年期</u></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; margin: 5px 0;"> ほてり・発汗・手のこわばり・不眠・イライラ その他 () </div> <p><u>5.子宮がん検診で異常を言われた</u> 検査日 年 月</p> <p><u>6.子宮筋腫</u></p> <p><u>7.外陰部のできもの</u></p> <p><u>8.妊娠の確認</u></p> <p>市販の妊娠テスト 月 日 (+・-) /未実施</p> <p><u>9.かゆみ</u></p> <p><u>10.おりものが気になる</u> (量 (多/少)・色・臭い)</p> <p><u>11.尿が近い・排尿痛・残尿感</u></p> <p><u>12.子宮下垂感</u></p>	<p><u>13.子宮がん検診希望</u></p> <p><u>14.性病検査希望</u></p> <p><u>15.超音波検査希望</u></p> <p><u>16.ピルの処方希望</u></p> <p><u>17.緊急避妊ピル</u></p> <p><u>18.月経をずらしたい</u> (避けたい日:)</p> <p><u>19.貧血と言われた</u></p> <p><u>20.プラセンタ</u></p> <p><u>21.高濃度ビタミンC点滴</u></p> <p><u>22.マイヤーズカクテル</u></p> <p><u>23.グルタチオン点滴</u></p> <p><u>24.モナリザタッチ</u> (症状)</p> <p><u>25.性交痛</u></p> <p><u>26.その他</u> ()</p>
---	--

【2】いつからその症状はありますか？

【3】婦人科の診察について

1.婦人科を受診したことはありますか？ (はい ・ いいえ)

2.過去1年以内に子宮がん検診を受けましたか？

(はい (年 月) → 結果 : 異常あり/異常なし ・ いいえ)

【4】 普段の月経について

初経	才	閉経	才	月経周期	日周期・不順	出血量	多い・普通・少ない
最終月経	年	月	日	～	日間	その前の月経	年 月 日～ 日間
生理痛	強くて痛み止めも効かない ・ 痛み止めを飲めば大丈夫 ・ 軽い						

【5】 妊娠・出産歴について

- 1.性交の経験はありますか？ (ある ・ ない)
 2.妊娠歴 ない

ある→ (回：普通分娩 () 回、帝王切開 () 回、自然流産 () 回、人工妊娠中絶 () 回、子宮外妊娠 () 回)

【6】 子宮頸がんワクチンは接種されていますか？

(はい → 年 月 (ガーダシル・サーバリックス) ・ いいえ)

【7】 今までに手術や大きな病気を経験されたことはありますか？ (ない ・ ある)

年齢	病名	手術
才		
才		
才		

【8】 既往歴について

- 1.これまでに指摘されたことのある病気はありますか？ (ない・ある→ () 才の時)

高血圧 ・ 糖尿病 ・ 高脂血症 ・ 気管支喘息 ・ 心臓病 ・ 肝臓病
 腎臓病 ・ 甲状腺疾患 ・ うつ病 ・ パニック障害 ・ 不安神経症
 その他 ()

- 2.現在内服中のお薬がある方はお書き下さい (サプリメント含む) ※おくすり手帳がある方はご提示下さい

【9】 体質や家族歴について

- 1.身長 _____ cm 体重 _____ kg

- 2.アレルギー体質はありますか？ (ない ・ ある)

薬剤 (名前： _____ 症状： _____ いつ頃： _____)
 食べ物 (名前： _____ 症状： _____)
 ※特にキウイ等の果物のアレルギーがある方はお書きください。
 花粉症・アトピー・ハウスダスト・その他 ()

- 3.喫煙 (吸わない・吸う→ _____ 本/日・過去に吸っていた)

- 4.飲酒 (飲まない・飲む→ (毎日・時々)

【10】 血縁のご家族で以下の病気がありますか？ (はい ・ いいえ)

高血圧 ・ 糖尿病 ・ 心筋梗塞 ・ 脳卒中 ・ 膠原病
 甲状腺疾患 ・ 精神疾患
 悪性腫瘍(がん) (具体的な病名をお書きください： _____)