

## 婦人科 問診票

お名前	フリガナ	生年月日		年齢
		大 昭 平 令	年 月 日	歳
身長:	cm	体重:	kg	熱: °C
職業:				

1. ご相談になりたい内容をお尋ねします。(あてはまるものに○をつけてください)

<p>① がん検診を受けたい ( 子宮頸部 ・ 子宮体部 ・ 卵巣&lt;超音波検査&gt; )</p> <p>② 生理の異常 ( 生理痛 ・ 周期が不順 ・ 量が多い/少ない ・ 生理が止まらない/起こらない ・ その他 ( _____ ) )</p> <p>③ 生理以外に不正出血がある</p> <p>④ 痛い ( お腹 ・ 腰 ・ 陰部 ・ その他 ( _____ ) )</p> <p>⑤ おりものが多い</p> <p>⑥ 陰部にかゆみがある</p> <p>⑦ しこり・腫れ物がある ( お腹 ・ 陰部 ・ その他 ( _____ ) )</p> <p>⑧ 排尿に関する症状 ( 頻尿 ・ 排尿痛 ・ 残尿感 ・ その他 ( _____ ) )</p> <p>⑨ 更年期障害かもしれない【別紙「更年期症状評価表」にご記入いただきます】</p> <p>⑩ 避妊の相談 ( ピル ・ 避妊リング ・ 緊急避妊 (アフターピル) )</p> <p>⑪ 性感染症検査希望 ( クラミジア ・ 淋菌 ・ トリコモナス ・ 梅毒 ・ HIV ・ B型肝炎 ・ C型肝炎 ・ その他 ( _____ ) )</p> <p>⑫ 他の病院・医師から婦人科受診を勧められた (理由: _____)</p> <p>⑬ その他 ( _____ )</p>
---

2. 上記の内容について詳しくお書きください。(いつ頃から、どんな症状がなど)


3. 現在の状況についてご記入ください。また、あてはまるものに○をつけてください。

<p>① 現在の妊娠に関して ( 妊娠の可能性なし / 可能性あり・妊娠中・授乳中 )</p> <p>② 最後の生理の期間 _____年____月____日から____日間</p> <p>③ そのもうひと月前の期間 _____年____月____日から____日間</p> <p>④ 生理の周期 順調 ( _____日周期 ) / 不順 ( だいたい短いと _____日 ~ 長いと _____日周期 )</p> <p>⑤ 生理が始まった年齢 _____歳</p> <p>⑥ セックスの経験 ( 有 / 無 )</p> <p>⑦ 現在、結婚していますか? 既婚の場合 ( _____歳の時に初婚 / 再婚 ) 未婚の場合 ( 離婚 ・ 死別 ) (近々結婚予定: 有 / 無)</p> <p>⑧ 既婚の方・パートナーのいらっしゃる方 夫・パートナーの 年齢: _____歳 職業: _____</p> <p>⑨ すでに閉経されている方 閉経年齢 _____歳</p>
---

4. 妊娠経験についてご記入ください。

<p>妊娠経験 ( なし ・ あり( _____回 ) )</p> <p>「あり」の場合 分娩( _____ )回 ・ 死産( _____ )回 ・ 自然流産( _____ )回 ・ 人工中絶( _____ )回</p>
--

→裏面へ続く

◆分娩歴がある場合は詳細をご記入ください。

順番	時期	年齢	週数	出生時体重	性別	分娩
1	年 月	歳	週	g	男・女	・経膣（自然 / 吸引 / 鉗子） ・帝切
2	年 月	歳	週	g	男・女	・経膣（自然 / 吸引 / 鉗子） ・帝切
3	年 月	歳	週	g	男・女	・経膣（自然 / 吸引 / 鉗子） ・帝切
4	年 月	歳	週	g	男・女	・経膣（自然 / 吸引 / 鉗子） ・帝切

◆流産・中絶歴がある場合は詳細をご記入ください。

順番	時期	年齢	週数		
1	年 月	歳	週	自然流産 / 人工中絶	異所性妊娠、胎状奇胎
2	年 月	歳	週	自然流産 / 人工中絶	異所性妊娠、胎状奇胎
3	年 月	歳	週	自然流産 / 人工中絶	異所性妊娠、胎状奇胎
4	年 月	歳	週	自然流産 / 人工中絶	異所性妊娠、胎状奇胎

5. 患者さんの治療状況についてお聞きします。

a. 現在治療中の病気はありますか？（ なし ・ あり ） ありの場合は下の項目に○をつけてください。  
〈心臓病・高血圧・糖尿病・肝臓病・腎臓病・喘息・胃腸病・脳疾患・癌・その他（ ）〉

b. 今までに入院をするような大きな病気にかかったことはありますか？（ なし ・ あり ）

① 病名： いつ頃： 治療内容：

② 病名： いつ頃： 治療内容：

c. 現在処方されているお薬はありますか？（ なし ・ あり ）

お薬手帳の持参（ なし ・ あり ）

お薬手帳の持参がない場合は四角の中に処方内容を記載してください。

--

d. 血液をさらさらにするお薬は内服していますか？（ なし ・ あり ）

6. 体内植え込み型機器（ペースメーカーなど）の有無（ なし ・ あり ）

7. アレルギーはありますか？（ なし ・ あり ）

a. 食べ物： ・ 薬： ・ その他：

8. 喫煙していますか？（ いいえ ・ はい ）

a. 本 / 日 ・ 喫煙歴 年

9. お酒は飲みますか？（ いいえ ・ はい ）

a. （ ビール・日本酒・焼酎・ワイン・ウイスキー ）を 1日あたり ぐらい

10. 最後に子宮がん検診を受けたのはいつですか？ 受けていない ・ 受けた（ 年 月頃 ）