

婦人科問診票

記入日 _____ 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。

- () 子宮がん検診
- () 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 (月経前症候群)・PMDD (月経前不快気分障害)
- () 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・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・固まりが出る・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

◎ 今までにかかった大きな病気はありますか (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 (_____ 年 _____ 月頃 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 (_____ 年 _____ 月頃 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 ()

ご記入ありがとうございました

伊豆美レディースクリニック