

# 問診票

記載日 年 月 日

フリガナ お名前	生年月日	年	月	日生	歳
_____様					
住所 〒	—	電話番号： _____			
身長	cm	体重	kg		

1、 本日はどのようなことで来院されましたか？

1、 月経の異常	8、 子宮がん検診
2、 月経以外の出血がある	9、 定期検診
3、 妊娠の可能性がある	10、 性感染症の検査
4、 おりものの異常	11、 避妊の相談
5、 下腹部痛	12、 中絶の相談
6、 不妊の相談	13、 他院からの紹介
7、 更年期の相談	14、 その他

具体的な症状や質問がある方はご記入ください

--

2、 普段の月経についてお尋ねします

一番最近の月経はいつでしたか	月 日～ 日間
	閉経 ( 歳ごろ)
月経周期	規則的 ( ) 日型・不規則
月経痛はありますか	弱い・ あるがそれほどでもない ・強い
月経量は	少ない・ 普通 ・多い

3、 性交渉の経験はありますか はい・ いいえ  
 ご結婚はされていますか 未婚・ 結婚予定( あり ・ なし )  
 既婚 結婚年齢 歳  
 離婚後 死別後

4、 今までに入院や手術をしたことがありますか？  
 また現在治療中の病気、内服中のお薬はありますか？

薬、注射、食べ物、金属などでアレルギー反応を起こしたことはありますか？  
 いいえ ・ はい ( ありの方は詳しくお書きください )

喫煙歴はありますか なし ・ あり → ( ) 歳から ( ) 年間。現在 1 日約 ( ) 本  
 子宮頸がんの検査を受けたことはありますか？  
 ( いいえ ・ はい ) → 年 月 日 結果 ( 異常なし ・ 異常あり )

5、 過去の妊娠や出産について該当する事項を記入してください

流産をしたことがありますか	いいえ ・ はい (		歳)	
中絶をしたことがありますか	いいえ ・ はい (		歳)	
出産をしたことがありますか	いいえ ・ はい (	わかる範囲で下記を記入してください )		
	出産年月日	性別	出生時体重	妊娠、出産時の異常
(1)	年 月 日	男 ・ 女		g
(2)	年 月 日	男 ・ 女		g
(3)	年 月 日	男 ・ 女		g
(4)	年 月 日	男 ・ 女		g

6、 この病院をどちらでお知りになりましたか？  
 インターネット ・ 看板 ・ 知人 ・ チラシ ・ その他 ( )

7、 その他お聞きになりたいこと、ご意見、ご希望などありましたらお書きください。