

婦人科 問診票

受診日 平成 年 月 日

ふりがな					
氏名					
生年月日	T・S・H	年	月	日	( 歳)
現住所	〒				
電話番号		結婚	未婚 ・ 既婚 ・ 離婚 ・ 死別		
職業		身長	cm	体重	kg

1・本日はどのような理由で受診されましたか？

- 月経不順  月経痛  不正出血  おりもの/性感染症  子宮がん検診(頸がん・体がん)  
 PMS  更年期  ピル希望  月経移動  緊急避妊  自費相談/カウンセリング希望  
 その他 ( )

※上記に当てはまらない場合や、具体的な症状・相談内容があればご記入下さい

2・月経:初経 \_\_\_\_\_歳 現在月経は( 順調 ・ 不順 ・ 閉経している \_\_\_\_\_歳)

一番最近の月経は \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日から \_\_\_\_\_日間

周期は \_\_\_\_\_日で、 \_\_\_\_\_日間続く 出血量は( 少量 ・ 普通 ・ 多量 )

月経時・月経前に( 腹痛 ・ 腰痛 ・ 乳房痛 ・ 頭痛 ・ その他 )がある

3・妊娠・出産: なし・妊娠 \_\_\_\_\_回・出産 \_\_\_\_\_回 (うち帝王切開 \_\_\_\_\_回)

自然流産 \_\_\_\_\_回・人工妊娠中絶 \_\_\_\_\_回 子宮外妊娠 \_\_\_\_\_回

4・下記をお読みになり、必要事項をご記入下さい

1)性交経験が( ない ・ ある )

2)子宮がん検診を受けたことが( ない ・ ある ) (子宮頸がん ・ 体がん)

子宮がん検診を受けた年(直近) ( \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 )

→結果は ( 異常なし ・ 要経過観察 ・ 要再検査 ・ 要精検 ・ 要治療 )

3)乳がん検診を受けたことが( ない ・ ある )

乳がん検診を受けた年(直近) ( \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 )

4)治療または経過観察が必要な病気にかかったことがありますか? 有 ・ 無

( )

5)現在治療中または経過観察されている病気がありますか? 有 ・ 無

( )

6) 現在服用中の薬がありますか？ 無 ・ 有  
ある場合は薬品名( )

7) アレルギー症状を起こしたことがありますか？ 無 ・ 有  
ある場合は原因 ( )

8) 手術(帝王切開を含む)を受けた事がありますか？ 無 ・ 有  
( 歳のときに )  
( 歳のときに )  
( 歳のときに )

9) 血縁のご家族に以下の病気がありますか？ 無 ・ 有  
 高血圧  糖尿病  脳卒中  心臓病  精神疾患  膠原病  癌  
 その他 ( )

10) 日常的に頭痛が ( ない ・ ある )

11) 飲酒を( しない ・ する ) する場合→週 \_\_\_\_\_ 回 \_\_\_\_\_ を \_\_\_\_\_ ml 程度

12) 喫煙を( しない ・ する ) する場合→1日 \_\_\_\_\_ 本

5・治療方針についてのお考えを教えてください(複数可)

- できるだけ薬は使いたくない
- 漢方薬やサプリメントで改善したい
- 薬を使って早く症状が改善することを優先したい
- 必要な薬は使いつつ最小限ですむようにしたい
- 治療方針は自分で決めたい
- 治療方針はある程度医師に決めてほしい
- その他 ( )

6・当院を受診したきっかけは何ですか？

(ホームページ・知人の紹介・雑誌・通りがかり その他: )

ありがとうございました



ゆげレディスクリニック