

婦人科 問診票 (当院記入欄 ID: ) 受診日 西暦 年 月 日

ふりがな					
氏名					
生年月日	T・S・H	年	月	日 ( 歳)	血液型 型 Rh ( )
現住所	〒				
電話番号		結婚	未婚・既婚(旧姓 )・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    かゆみ    おりもの(具体的に: )  
PMS    更年期    ピル希望(月経移動・緊急避妊・月経不順・その他 )  
子宮がん検診(頸がん・体がん)    性感染症検査  
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 周期は \_\_\_\_\_日で、 \_\_\_\_\_日間続く  
 出血量は( 少量・普通・多量 )    月経痛は( 無・軽度・中等度・高度 )  
 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

YUGE LADIES CLINIC