婦人科問診票

記入日＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　年齢：＿＿＿　生年月日：＿＿／＿＿／＿＿

・来院の目的について（複数回答可）

□　がん検診希望　　□　他院/他科より婦人科受診を勧められた
□　生理で困っている（生理不順、生理痛が強い、月経量が多い）
□　陰部のかゆみ　　□　不正出血がある
□　おりものに異常がある　　□　お腹が痛い
□　更年期症状について　　□　ピルについて相談したい
□　その他（　　）

・月経の状態について

1　一番最近の月経はいつですか？　　年　月　日～　日間
2　初めての月経は何歳の時ですか？　　歳
3　（閉経された方のみ）閉経されたのは何歳の時ですか？　　際
4　月経周期について　　順（　日）・不順（　日～　日）
5　月経痛について　　強・普通・弱・無
6　月経量について　　多い・普通・少ない

・あなたの状態を教えてください

1　妊娠出産回数　　妊娠（　回）・出産（　回）
2　ご結婚されていますか？　　はい・いいえ
3　性交渉の経験はありますか？　　はい・いいえ
4　ピルやホルモン治療の経験　　あり・なし
5　アレルギーのある薬や食べ物はありますか？　　はい・いいえ

薬/食べ物：＿＿＿＿＿＿＿＿　症状：＿＿＿＿＿＿＿＿

・あなたの病気の既往歴について教えてください

子宮/卵巣：なし・あり：卵巣のう腫、子宮筋腫、子宮内膜症、その他
そのほかの病気：＿＿＿＿＿＿＿＿

・一番最近の婦人科検診は、

- 年　月ごろ　内診・子宮頸がん検診・超音波
- 婦人科検診は受けたことがない