

婦人科問診票

記入日 _____

氏名： _____ 年齢： _____ 生年月日： _____ / _____ / _____

身長： _____ cm 体重 _____ kg 血圧 _____ / _____ mmHg

・来院の目的について（複数回答可）

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> がん検診希望 | <input type="checkbox"/> 他院/他科より婦人科受診を勧められた |
| <input type="checkbox"/> 生理で困っている（生理不順、生理痛が強い、月経量が多い） | |
| <input type="checkbox"/> 陰部のかゆみ | <input type="checkbox"/> 不正出血がある |
| <input type="checkbox"/> おりものに異常がある | <input type="checkbox"/> お腹が痛い |
| <input type="checkbox"/> 更年期症状について | <input type="checkbox"/> ピルについて相談したい |
| <input type="checkbox"/> 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
その前の月経はいつですか？ 年 月 日～ 日
- 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？ 歳
- 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・子宮頸がん細胞診・超音波
- 婦人科検診は受けたことがない