

問診票 (婦人科)

年 月 日

* 問診票の個人情報は診療のためのもので、理由なく第三者に開示、提供、漏洩いたしません。

ふりがな
氏名 昭和・平成 年 月 日生 (..... 歳)

現住所 〒
(※上記と住民票が違う場合 〒)

電話番号 携帯番号

身長: cm 体重: kg

勤務先名(.....)職業:(.....)・主婦・無職・学生(高・大学)

既婚(初婚・再婚・再々婚) 結婚予定(あり(いつ頃)・なし) 未婚

緊急連絡先 氏名 続柄: 電話番号

来院理由

- 不正性器出血 下腹部痛 子宮がん検診(頸がん・体がん) おりもの
陰部の(かゆみ・腫れ・痛み・しこり) 月経が(不順・困難) 月経量が(多い・少ない)
健康診断で指摘された(子宮筋腫・卵巣のう腫・その他)
ピルの処方(アフターピル・月経移動・避妊・月経困難症) 挙児希望(ご主人の年齢: 歳)
更年期障害 母乳外来 排尿痛
その他症状は具体的に記入してください(.....)

1.初経 歳

2.現在、月経は(順調・不順・閉経している 歳)

3.一番最近の月経は(..... 月 日から 日間)

4.周期は(..... 日で 日間続く・不順)

5.出血量は(少量・普通・多量)

6 月経時、月経前に(腹痛・腰痛・乳房痛・頭痛・その他)がある。

7.基礎体温は測っていますか。いいえ・はい(基礎体温表持参 あり・なし)

* 下記の病気にかかったことはありますか。

なし あり 現在治療中(かかりつけ医院:)

婦人科疾患(子宮筋腫・卵巣のう腫・子宮内膜症・子宮腺筋症・子宮奇形)

高血圧 糖尿病 心疾患 甲状腺疾患 てんかん(最終発作は 年 月)

喘息(最終発作 歳) 精神疾患 血栓症 血液疾患

その他(病名:)

* 現在、内服しているお薬はありますか。 なし あり 薬品名:

* 手術をうけたことはありますか。 なし あり 手術名 (..... 歳)

裏面にもご記入ください

* アレルギー、喫煙について

・薬のアレルギー：□なし □あり 薬品名：.....

・食物・その他のアレルギー：□なし □あり 品名：.....

・喫煙： □なし □あり(本/日)

* 1ヵ月以内に以下の様なことがありましたか。 □あり(いつ頃)・□なし

□発熱 □発疹 □頸部リンパ節の腫れ □風疹患者(乳幼児・児童・家族など)との接触

妊娠・分娩歴について

今までに妊娠したことが □ある・□ない (※ないの方 性交経験 □ある・□なし)

妊娠()回 流産()回 人工妊娠中絶()回

ある方は下記に記入をお願いします。

分娩年月日	分娩方法	週数	性別	出生時体重	妊娠経過など	分娩施設
年月	経膣分娩・帝王切開 流産・人工妊娠中絶	週	男・女	g 健・否	異常なし 異常あり(切迫早産・ 高血圧・糖尿病・ その他)	当院 他院 ()
年月	経膣分娩・帝王切開 流産・人工妊娠中絶	週	男・女	g 健・否	異常なし 異常あり(切迫早産・ 高血圧・糖尿病・ その他)	当院 他院 ()
年月	経膣分娩・帝王切開 流産・人工妊娠中絶	週	男・女	g 健・否	異常なし 異常あり(切迫早産・ 高血圧・糖尿病・ その他)	当院 他院 ()
年月	経膣分娩・帝王切開 流産・人工妊娠中絶	週	男・女	g 健・否	異常なし 異常あり(切迫早産・ 高血圧・糖尿病・ その他)	当院 他院 ()

* 当院を選んだ理由

□インターネット・ホームページ □広告・看板 □口コミ・評判

□紹介者あり (紹介者または友人の氏名.....続柄.....)