

# 婦人科 問診票

(妊娠の可能性のない方がお使い下さい)

診察券番号： \_\_\_\_\_

フリガナ \_\_\_\_\_

お名前 \_\_\_\_\_ 様 生年月日 大・昭・平 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( ) 才  
〒 \_\_\_\_\_

現住所 \_\_\_\_\_ 携帯番号 \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

## 1) 本日はどのような理由で受診されましたか？

- 前回と同じ
- 薬処方 薬品名 ( \_\_\_\_\_ )
- 子宮頸ガン検査  子宮体ガン検査
- 不正出血 ( \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日頃から)  下腹部痛 ( \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日頃から)
- 月経異常 (・不順 ・痛みが強い ・量が多い)
- おりもの (・量が多い ・におい ・色 ・その他 \_\_\_\_\_ )
- 外陰部のかゆみ ( \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日頃から)  性病検査
- 避妊相談 (・緊急避妊薬希望 ・ピル内服希望 ・ミレーナ希望)
- 月経日調節希望 (予定月経開始日 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日)  
(都合の悪い日 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日)
- 不妊相談  更年期障害  産後乳腺炎 (熱 \_\_\_\_\_ 肘 \_\_\_\_\_ °C \_\_\_\_\_ )
- その他 ( \_\_\_\_\_ )

## 2) 月経について教えてください

- 一番最近の月経 (平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日)
- 閉経している ( \_\_\_\_\_ ) 才のとき

## 3) 今までに妊娠の経験はありますか？ ( はい / いいえ 妊娠 回、分娩 回)

西暦	妊娠の内容	児体重	性別	帝切・経膣	分娩週数	分娩時間	異常	病院名
年 月 日	分娩・流産・中絶	g	男・女	帝切・経膣	週	約 時間	有・無	
年 月 日	分娩・流産・中絶	g	男・女	帝切・経膣	週	約 時間	有・無	
年 月 日	分娩・流産・中絶	g	男・女	帝切・経膣	週	約 時間	有・無	
年 月 日	分娩・流産・中絶	g	男・女	帝切・経膣	週	約 時間	有・無	

ありがとうございました。診察まで今しばらくお待ちください。