

婦人科問診表

初診日 年 月 日

ふりがな		性別		職業	
氏名					
住所	〒			自宅	— —
				携帯	— —
生年月日	T・S・H・R	年	月	日	年齢

お手数ですが、それぞれの項目にお答えください。

不明の点は受付でお問い合わせ下さい。

1. (1) あなたの身長 () cm、 体重 () kg、 血液型 () 型、 Rh (D) ()
- (2) 喫煙 (なし、あり 本/1日)、いつ頃から喫煙の習慣がありますか () 歳
- (3) 飲酒 (なし、あり 量はどれくらいですか ())

2. どうなさいましたか

- (1) 月経が止まった (妊娠の可能性 有 ・ 無)
- (2) 月経の異常
- (3) おりもの異変 (色・臭い・量・かゆみ)
- (4) しこりがある (おなか・陰部・乳房)
- (5) 熱がある (°C 日頃から発熱)
- (6) 痔、便秘、下痢
- (7) 尿が近い、残尿感、排尿時痛
- (8) 検診希望 (子宮頸癌検診・子宮体癌検診・乳癌検診・ブライダルチェック)
- (9) 不妊相談
- (10) 避妊の方法を知りたい、相談
- (11) ピル (アフターピル・生理日調整・低量ピル服用〈避妊・治療〉・相談)
- (12) アンチエイジング (プラセンタ療法希望)
- (13) 更年期症状 (ホルモン補充療法〈HRT〉・漢方療法・プラセンタ療法)
- (14) 漢方治療
- (15) その他 (内容をご記入ください)

裏面もご記入下さい



3. 現在服用中（飲んでいる）のお薬を教えてください。

()
()
()

4. あなたの月経について

- (1) 初めて月経をみた年齢 () 歳
(2) 一番最近の月経（最終月経）は 年 月 日から 日間
(いつもと同じ量、いつもよりかなり少ない、いつもよりかなり多い)
(3) 月経周期は () 日型
(4) 月経は何日続きますか () 日間
(5) 月経の量は ⇒ 多い・普通・少ない
(6) 月経の時の痛みは ⇒ ある・ない

5. あなたの結婚、妊娠、分娩について

- (1) 性交（セックス）の経験がありますか はい・いいえ
(2) 結婚している はい（S・H・R 年 月 日）・いいえ
(3) 妊娠したことがある方は次にお答えください。分娩（お産）
1 S・H・R 年 月 日、妊娠 週 g、男・女 正常・吸引・帝王切開（当院、他院）
2 S・H・R 年 月 日、妊娠 週 g、男・女 正常・吸引・帝王切開（当院、他院）
3 S・H・R 年 月 日、妊娠 週 g、男・女 正常・吸引・帝王切開（当院、他院）
4 S・H・R 年 月 日、妊娠 週 g、男・女 正常・吸引・帝王切開（当院、他院）
人工妊娠中絶（ 回） 自然流産（ 回）

6. 今までにかかれた主な病気、受けられた手術について

- (1) 主な病気は () () 歳の時 / () () 歳の時
(2) 手術は () () 歳の時 / () () 歳の時
(3) 薬や注射、食べ物などでアレルギー（副作用）をおこした事がありますか
はい () ・いいえ
(4) 緑内障や喘息にかかった事がありますか はい・いいえ
(5) 輸血をした事がありますか はい・いいえ
(6) 出血したとき、血はすぐに止まりますか はい・いいえ

7. ご家族の中に特別な病気の方がおられますか

はいの場合（遺伝病・高血圧・糖尿病・ガン・その他)