

〈 産婦人科 問診票 〉

ふりがな

お名前 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)

ご住所 _____ 丁目

電話番号 _____

◆本日来院された理由は何ですか ※あてはまる項目に✓または○をつけご記入ください。(複数可)

- 妊娠診断:検査薬で調べた はい (_____ 月 _____ 日 結果:陽性・陰性) いいえ
- 月経不順 月経痛 月経血の量が多い 月経以外の出血
- おりものが気になる (量が多い・色(_____ 色)・におい) 腹痛
- 月経移動 (月経を避けたい期間 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 月 _____ 日)
(予定生理日 _____ 月 _____ 日)
- 膀胱炎症状 (排尿痛・残尿感・尿が近い) 性交痛
- 外陰部の痛み・腫れ・かゆみ 更年期症状
- 不妊相談 AMH 検査 子宮がん検診 乳がん検診
- 避妊相談 (低用量ピル希望・リング希望・アフターピル希望)
- その他 (理由 _____)

◆月経についてお答えください。

* 最終月経 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 日間 * 閉経 (_____ 歳)

* 月経周期: 規則 _____ 日周期 ・ 不規則

※月経開始日より次の月経前日までの日数

◆既往歴についてお答えください。

病名: _____ 年齢: _____ 手術 完治 治療中
: _____ : _____ 手術 完治 治療中
: _____ : _____ 手術 完治 治療中

* おかかりの医療機関名 (_____)

* 服用しているお薬名 (_____)

* 子宮がん検診: ある (_____ 年 _____ 月頃) ・ ない

* 乳がん検診: ある (_____ 年 _____ 月頃) ・ ない

◆妊娠・分娩についてお答えください。

* 既婚・未婚 (性交経験 ある ・ ない)

* 妊娠: ある (_____ 回) ・ ない

* 分娩: ある (_____ 回) 通常分娩・その他(_____) ・ ない

* 授乳中 はい ・ いいえ

◆ご家族(血縁)の方で下記の疾病があればご記入ください。

* 乳がん ... (続柄 _____)

* 子宮がん ... (続柄 _____) * 卵巣がん ... (続柄 _____)

◆アレルギーがあればご記入ください。

(_____)