

産婦人科問診票

記入日 年 月 日

フリガナ 氏名		生年月日 年 月 日 () 才
住所	〒	電話番号
<p>◆本日来院された理由は何ですか？当てはまるものにチェック、ご記入ください。</p> <input type="checkbox"/> 妊娠診断 (<input type="checkbox"/> 妊娠判定薬で調べた (月 日 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性) <input type="checkbox"/> 調べていない) <input type="checkbox"/> 妊婦健診 (紹介状 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) <input type="checkbox"/> 月経不順 <input type="checkbox"/> 月経痛 <input type="checkbox"/> 下腹痛 <input type="checkbox"/> 月経血の量が多い <input type="checkbox"/> PMS症状 (月経前の不調) <input type="checkbox"/> 不正出血 (出血した日 月 日) <input type="checkbox"/> おりものの異常 (<input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> 量が多い <input type="checkbox"/> 色が (<input type="checkbox"/> 白い <input type="checkbox"/> 黄色い <input type="checkbox"/> 茶色い) <input type="checkbox"/> 膀胱炎症状 (<input type="checkbox"/> 排尿痛 <input type="checkbox"/> 下腹痛 <input type="checkbox"/> トイレに行く回数が多い) <input type="checkbox"/> 外陰部のできもの <input type="checkbox"/> 更年期症状 <input type="checkbox"/> プラセンタ注射 <input type="checkbox"/> 性交痛 <input type="checkbox"/> 子宮が下がってくる <input type="checkbox"/> 不妊相談 <input type="checkbox"/> AMH (卵巣年齢) 検査 <input type="checkbox"/> ブライダルチェック <input type="checkbox"/> 月経移動 (* 月経を避けたい期間 月 日 ~ 月 日 * 予定生理日 月 日) <input type="checkbox"/> 低用量ピル <input type="checkbox"/> 緊急避妊薬 (アフターピル) <input type="checkbox"/> ミレーナ、その他リング <input type="checkbox"/> 子宮がん検診 <input type="checkbox"/> 乳がん検診 <input type="checkbox"/> 性感染症検査 <input type="checkbox"/> 中絶相談 <input type="checkbox"/> その他 ()		
◆症状はいつ頃からありますか？ 約 () 日・週間・ヶ月・年 前から		
<p>◆月経・妊娠・分娩について</p> * 初経 () 歳 * 閉経 () 歳 * 最終月経 (月 日 ~ 月 日) * 月経周期 <input type="checkbox"/> 順調 () 日型 <input type="checkbox"/> 不順 * 結婚 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 既婚 * 妊娠について 妊娠 () 回 流産 () 回 人工妊娠中絶 () 回 分娩 () 回 (自然分娩・帝王切開) * 授乳中 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
<p>◆既往歴・検診歴</p> * 病名 : () 才 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 完治 <input type="checkbox"/> 治療中 : () 才 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 完治 <input type="checkbox"/> 治療中 * おかかりの医療機関名 () * 子宮がん検診 <input type="checkbox"/> ある (年 月頃) <input type="checkbox"/> ない * 乳がん検診 <input type="checkbox"/> ある (年 月頃) <input type="checkbox"/> ない * 産婦人科の受診は <input type="checkbox"/> 初めて <input type="checkbox"/> 初めてではない		
◆現在、飲んでいるお薬はありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()		
◆家族歴 * 子宮がん (続柄) * 乳がん (続柄) * 卵巣がん (続柄)		
◆食べ物や薬・注射のアレルギー (気分が悪くなったり、じんましんが出たりする) はありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()		