

産婦人科問診票

記入日： 年 月 日

フリガナ		男・女	生年月日
氏名			大・昭・平・令 年 月 日
住所	〒 ー		
電話番号			
身長	cm	体重	kg

本日はどうなさいましたか？当てはまるものにチェックをつけてください。

- 妊娠（自分で妊娠判定薬を調べた（陽性 陰性）調べていない）子供ができない
おりものの異常（かゆみ 量が多い 色が（白い 黄色い 茶色い）
生理痛 下腹痛 腰痛 生理不順 不正出血（出血した日： 月 日）
膀胱症状（排尿痛 下腹痛 トイレに行く回数が多い） 更年期症状
子宮が下がってくる 外陰部のできもの 低容量ピルの相談 緊急避妊薬の相談 中絶希望
子宮がん検診 性感染症検査希望 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

月経について

- 初経（ ）歳、閉経（ ）歳
 最終月経（ 月 日～ 月 日） 月経周期 順調 不順（ ）日型
 結婚はしていますか 未婚 既婚 離婚 再婚
 性交経験はありますか はい いいえ

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）

今までに指摘された病気はありますか？

- なし 子宮筋腫 子宮内膜症 子宮腺筋症 子宮奇形 月経異常 卵巣嚢腫 子宮頸癌・異形成 性感染症 高血圧 糖尿病 腎疾患 心疾患 肝疾患 喘息 脳卒中
その他（ ）

現在、飲んでいるお薬はありますか？ なし あり（ ）

喫煙、飲酒について教えてください

- 喫煙：吸わない 吸う（ 本/日 × 年間）
禁煙した（ 年前から。それまで喫煙（ 本/日 × 年間））
 飲酒：飲まない 飲む（週 日） 種類・量（ ）

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？

- なし あり（ ）

当院をどちらでお知りになりましたか？

- インターネット 看板 知人 通りがかり その他（ ）

※ご協力ありがとうございました。