

問 診 票

(フリガナ)

お名前	(大正 昭和 平成)
郵便番号 〒	生年月日 年 月 日 歳
電話番号	ご住所
携帯番号	ご職業

1. 本日受診される理由は何ですか？

- ①子宮癌検診 ②骨密度検査 ③月経以外の出血 ④月経不順 ⑤月経痛
⑥おりものが気になる ⑦陰部にしこりがある ⑧陰部が痛い ⑨陰部がかゆい
⑩お腹が痛い ⑪排尿異常（尿が近い・排尿時痛む）
⑬更年期症状：それはどのような症状ですか？
()
⑭セカンドオピニオン ⑮妊娠かどうか（出産希望・中絶）
⑯その他 ()

2. 現在他の病院にて診察、治療を受けているものはありますか？

- ①はい どこで () 病名 ()
どこで () 病名 ()
②いいえ

3. 今までに病気やけがをしたことがありますか？

- ①はい (年 または 歳のときに、病名：)
(年 または 歳のときに、病名：)
②いいえ

4. アレルギーはありますか？

- ①はい（薬、食べ物、その他) ②いいえ

5. 婦人科歴

(1)月経のある方にお聞きします。

- ①初経 (歳) ②周期は規則的 (日ごと)、不規則 (約 日～ 日ごと)
③量は (多い・少ない・普通)
④月経は何日続きますか？ (日間) ⑤かたまりは出ますか？ (出る・出ない)
⑥月経痛について (腰痛・腹痛・その他・なし)
⑦最近の月経はいつですか？ (年 月 日 ～ 月 日)

(2)閉経している方にお聞きします。 閉経したのは (歳のころ)

(3)結婚はしていますか？

- ①はい ②いいえ (死別している・離婚歴がある)

(4)今までにセックスの経験はありますか？

- ①はい ②いいえ

(5)妊娠、出産についてお聞きします。

- ①出産の経験はありますか？ (はい・いいえ)
②流産、中絶の経験はありますか？ (無し・流産有り・中絶有り)

6. 喫煙について

- ①吸っている ②吸っていない ③今は吸っていないが過去に吸っていたことがある

※ この欄は記入する必要がありません。

明 / 有 無 (平成 年 月 日 ～)