

問 診 表

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

ご住所 _____ 電話番号 _____

ご職業 _____ 携帯番号 _____

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)
⑫更年期症状、それはどのような症状ですか？

(_____)

- ⑬セカンドオピニオン ⑭妊娠かどうか (出産希望、中絶)

⑮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 どので(_____) 病名(_____)
どので(_____) 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ます。

①初経 (_____ 才) 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) 閉経してる方にお聞きます。 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