

婦人科問診票

お名前 _____ 記入年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

1. 今日は何が心配で受診されましたか？下記ABCより選んであてはまるものに○をしてください

A 気になる症状がある

下腹部痛・不正出血・おりもの・かゆみ・子宮が下がったような感じがする
しこりが触れる・その他 ()
→それはいつからですか？ ()

B 詳しい診察をしてほしい

検診後の精密検査を勧められた・他の病院から紹介状をもらった・院内紹介

C その他 ()

2. 子宮頸がん検診を受けられたことはありますか？ (はい ・ いいえ)
→「はい」の方にお聞きします。いつ受けられましたか？ (年 月)

3. 排尿回数は1日何回ですか (回)

4. 婚姻状況について (未婚 既婚 離別 死別)

性交の経験はありますか？ (ある ・ ない) 婦人科の内診をすることがあります

5. 月経についてお答えください

①初潮・閉経の年齢はいくつですか (初潮 歳 ・ 閉経 歳)

②月経がある方にお尋ねします

最近の月経は (月 日から 日間続いた)

月経周期は (日周期 ・ 不順 ・ その他)

月経の量は (多い ・ 普通 ・ 少ない)

月経痛は (ひどい ・ がまんできる ・ ほとんどない)

月経痛時の薬の使用はありますか (ある ・ 時々ある ・ ない)

6. 過去の妊娠歴についてお答えください。

妊娠 () 回：経膈分娩 () 回 帝王切開 () 回

自然流産 () 回 人工流産 () 回

子宮外妊娠 () 回

以上の個人情報、婦人科診察のために利用させていただき、それ以外に持ち出すことは致しません。ご了承ください。