

婦人科問診票

名前	様	住所:				
電話番号:	身長	cm	体重	kg	職業	無・有()

1. 病院にこられた理由を○で囲んでください
 更年期の症状、子宮癌検診、出血、月経の異常、腰痛、おりもの、かゆみ、尿の具合が悪い、子宮が下がっている
 その他()
2. ご家族について
 ご家族の年齢とお子様の人数を記入してください。また、ご家族の中で、遺伝性の病気、高血圧、糖尿病、喘息、癌、性病
 結核などの病気がありましたら、()の中に記入してください。
 実父 歳 健・病・死() 夫 歳 健・病・死()
 実母 歳 健・病・死() 子供の人数(人) 健・病・死()
3. 今までにかかった病気を○で囲んでください
 喘息、高血圧、糖尿病、腎臓病、心臓病、膠原病、性感染症、B型肝炎、C型肝炎、梅毒、その他()
4. 今までに受けた主な手術を記入してください
 無・有 記入例 10歳 虫垂炎
5. 薬や食べ物などで、アレルギーのある方は記入してください
 無・有 記入例 卵、アスピリン ゴム・金属含む

()	()
	たばこ・喫煙 吸う・吸わない・やめた 本数 本 アルコール・飲酒 飲む・飲まない・やめた 量 本/日

6. 現在使用している薬(内服薬・外用薬などすべて)があれば記入してください
 ()

7. 子宮癌検診について
 子宮癌検診 無・有()年 ()月頃 又は()年前
8. 結婚について()の中の記入と、○で囲んでください
 未婚・同棲中・婚約中・死別
 結婚()歳 (年 月) 離別()歳 (年 月) 再婚()歳 (年 月)
9. 月経について()の中の記入と、○で囲んでください
 初めて月経がはじまった年齢()歳 閉経した年齢()歳
 最後の月経()年()月()日から()日間 月経の状態は(いつもと同じ・いつもと異なる)
 その前の月経()年()月()日から()日間 月経の状態は(いつもと同じ・いつもと異なる)
 月経周期・・・月経が始まった日から、次の月経が始まるまでの日数
 順調()日型 不順 短い時で()日型 ~ 長い時で()日型
 月経は何日続きますか? ()日間 ~ ()日間
 月経の量(多量・中量・少量) 月経時の症状 (下腹痛・腰痛・頭痛・その他・・・)

10. 性交経験について○で囲んでください
 今まで一度もない・過去1ヶ月以上ない・現在もある
11. 今までの妊娠や分娩について、すべて記入してください
 自然流産、人工中絶、胎状奇胎、正常分娩、帝王切開、吸引分娩、無痛分娩なども全て記入してください
 ・妊娠()回・分娩()回・自然流産()回・人工中絶()回・子宮外妊娠()回・胎状奇胎()回

	年齢	妊娠・分娩の異常	週数(月数)	児の体重	児の性別	児の状態	場所
1					男 女	健・病・死	
2					男 女	健・病・死	
3					男 女	健・病・死	
4					男 女	健・病・死	
5					男 女	健・病・死	
6					男 女	健・病・死	