

# 問診票

記入日 年 月 日

フリガナ  
氏名

大・昭・平・令 年 月 日( )歳

〒

TEL

住所

こちらから連絡してもよい番号をご記入下さい

- \* 未婚・既婚 (結婚年月日 年 月) \* SEX経験 (あり・なし)  
\* 前回の子宮がん検診 ( 年 月・全く受けていない) \* 現在の身長 cm 体重 kg  
\* 前回の乳がん検診 ( 年 月・全く受けていない)

## 本日の来院理由

- 子宮がん検診  月経調節 (避けたい期間 月 日～ 月 日)  
 乳がん検診  避妊用ピル 喫煙(する・しない)  
 月経異常  緊急避妊用ピル  
 不正出血  妊娠(継続/手術) 検査した日( 月 日/結果: )  
 腹痛  その他、伝えておきたいことはこちらに  
 性器のかゆみ  
 おりものの異常  
 膀胱炎症状  
 更年期障害  
 子供がほしい ➡ 不妊外来用の問診票にもご記入下さい。

## 月経について

\* 最近の月経 月 日～ 月 日

初経 才 閉経 才 現在の月経周期 日周期 日間

今までの手術及び輸血について なし あり( )

## 病歴について

- 癌( )  梅毒  クラミジア  淋病  肝炎(A型・B型・C型)  
 糖尿病  高血圧  甲状腺疾患  結核  その他( )

アレルギーについて なし あり( )

薬品等でショック又はアレルギー反応がでたことがある場合必ず薬剤名を記入して下さい

現在服用中の薬について ( )

血縁者の病歴と続柄 癌( )・高血圧( )・糖尿病( )・その他( )

## 婦人科疾患及び妊娠出産について

妊娠 回 出産 回 流産 回 人工妊娠中絶 回  
帝王切開 子宮外妊娠 子宮筋腫 卵巣嚢腫(右・左) その他( )

(出産年月日)

(分娩経過)

(分娩医院)

年 月 男・女 g 正常/異常(流産・早産・死産・他)  
年 月 男・女 g 正常/異常(流産・早産・死産・他)  
年 月 男・女 g 正常/異常(流産・早産・死産・他)  
年 月 男・女 g 正常/異常(流産・早産・死産・他)