

## 【婦人科（一般）問診票】

フリガナ

氏名 \_\_\_\_\_

記入日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

◆身長： ( \_\_\_\_\_ ) cm      体重 ( \_\_\_\_\_ ) kg      ※自己申告でご記入ください

◆いつからですか？

○印をつけてください。

◆部位・症状

下腹部がいたい ・ 外陰部が痛い ・ 陰部がかゆい ・ おりものの異常

出血がある（部位： \_\_\_\_\_） ・ 外陰部のできもの ・ 生理不順のご相談

不妊症のご相談 ・ 更年期のご相談 ・ その他 ( \_\_\_\_\_ )

◆診察について

検査希望 ・ 治療希望 ・ 手術希望 ・ セカンドオピニオン希望

その他 ( \_\_\_\_\_ )

◆現治療歴

下記の病気で現在治療をしている方は○印をしてください。

心臓病 ・ 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 緑内障 ・ 高脂血症

他の病院でもらっている薬がありましたら記載してください。

お薬手帳をお持ちの方は、受付にお渡しい頂ければ記載不要です。

（お薬名記入： \_\_\_\_\_）

◆抗凝固剤

（血液サラサラの薬）

飲んでいない ・ 飲んでいる（薬剤名： \_\_\_\_\_）

◆既往歴

病名： \_\_\_\_\_（ 才）

手術歴： \_\_\_\_\_（ 才）

病名： \_\_\_\_\_（ 才）

その他：

病名： \_\_\_\_\_（ 才）

病名： \_\_\_\_\_（ 才）

病名： \_\_\_\_\_（ 才）


◆家族歴

血縁者で、がんにかかった方はいますか？（ いいえ ・ はい ）

⇒※「はい」の方は、詳細をご記入ください。

例）母方祖母：卵巣がん（65歳）

◆感染症

なし ・ あり  例）B型肝炎（ \_\_\_\_\_ ）

◆アレルギー

なし ・ あり （薬） \_\_\_\_\_（食物）

その他（ \_\_\_\_\_ ）

アルコール消毒はかぶれますか？      いいえ ・ はい

ゴム製品でかぶれますか？      いいえ ・ はい

◆嗜好	①タバコは吸いますか？（ 吸う ・ 吸わない ・ やめた ）	
	吸う場合：1日（      ）本	
	②アルコールは飲みますか？（ 飲む ・ 飲まない ）	
	飲む場合：週に（      ）回（日本酒・ビール・焼酎・その他）量：（      ）	
◆月経	初潮（      ）歳	閉経（      ）歳⇒「◆月経」以下、記入不要
	最終月経（      月      日～      日間 、順：____日型 ・ 不順 ）	
	月経の量（ 多い ・ 普通 ・ 少ない ）	
	月経痛（ 強い ・ 普通 ・ ほとんどない ）	
	鎮痛剤の使用（ あり ・ なし ） 現在ピル服用（ あり ・ なし ）	
◆結婚・妊娠	結婚していますか？（ はい ：____歳 ・ いいえ ）	
	性交の経験はありますか？（ はい ・ いいえ ）	
	妊娠の可能性（ ある ・ なし ）	
	出産回数（      ）回 、流産（      ）回 ⇒ 合計（      ）回妊娠	
	※出産の経験「あり」の方へ	
	自然分娩（      ）回      帝王切開（      ）回	
◆当院をお知りになったきっかけを教えてください。○印をつけてください。		
①インターネット（ホームページ）		
⇒ 検索エンジン（ Google ・ Yahoo! ・ EPARK ・ その他      ）		
②看板など見て		
⇒（ 駅 ・ 当ビル看板 ・ その他      ）		
③知人の紹介		
④他院からの紹介（病院名：      ）		
⑤書籍／雑誌を見て		
⑥院内掲示・当医師からの紹介      ⑦その他（      ）		