

患者番号【 】

婦人科問診票

記入日 年 月 日

ふりがな _____

お名前 _____

生年月日 _____ 年齢 _____ 歳

ご住所 〒 _____

お電話番号 _____

身長 _____ cm (自己申告で構いません) 体重 _____ kg 血圧 _____ / _____ mm Hg

以下の質問で、当てはまるところに○または記入をお願いします。

1. 本日はどうされましたか？自由にお書きください。

2. 月経（生理）についてお伺いします。
 - ① 初めて月経が来たのは何歳ですか？ () 歳
 - ② 閉経されている方にお伺いします。閉経は何歳でしたか？ () 歳
 - ③ 月経の周期は (規則的 / 不規則) →規則的な方は何日ごとに月経が来ますか？ () 日型
 - ④ 月経痛はありますか？ (ない / ある)
 - ⑤ 月経は多い (塊が出る / ナプキンから漏れる) ですか？ (いいえ / はい)
 - ⑥ 一番最近の月経はいつでしたか？ (年 月 日) ~ () 日間
3. 皆さんの状況について
 - ① 結婚されていますか？ (はい / いいえ / 死別)
→いいえの方に伺います。結婚の経験はありますか？ (はい / いいえ)
 - ② 未婚の方に診察上大切ですので伺います。
→性交 (SEX) の経験はありますか？ (はい / いいえ)
4. 今までの妊娠について
 - ①妊娠 () 回
→その内訳を記入してください。
分娩 () 回 →その中に帝王切開はありますか？ (なし / あり)
流産 () 回 中絶 () 回
その他 (異所性妊娠・子宮外妊娠 / 胞状奇胎 / その他)
 - ②妊娠中や産後に、次に示す異常を指摘されたことがあれば○を付けてください。
 1. 妊娠中の高血圧
 2. 妊娠糖尿病
 3. 血栓症 (深部静脈血栓症 / 肺塞栓症)
 4. 抗リン脂質抗体症候群
 5. 死産 (妊娠中期以降の胎児死亡)

<裏につづく>

以下をご記入ください。

	年齢	妊娠分娩経過	出生児	出生体重 (g)	分娩週数
1	歳	順調・流産・中絶 その他 ()	男・女	g	週
2	歳	順調・流産・中絶 その他 ()	男・女	g	週
3	歳	順調・流産・中絶 その他 ()	男・女	g	週
4	歳	順調・流産・中絶 その他 ()	男・女	g	週
5	歳	順調・流産・中絶 その他 ()	男・女	g	週

5. 今までの病気・手術・体質について

③ アレルギーはありますか？ (いいえ ・ はい)

喘息 / 薬 () / アルコール / 花粉症

その他 ()

④ 今までにかかった病気や治療中の病気、手術の経験はありますか？ (必須)

() 歳 ()

() 歳 ()

() 歳 ()

() 歳 ()

() 歳 ()

⑤ 現在使用しているお薬やサプリメントがあれば教えて下さい。また、処方された病院も教えて下さい。

処方された病院 ()

⑥ ご家族の方で病気をされた方はいますか？ (あなたとの関係と病気を教えてください。)

(癌、糖尿病、高血圧、高コレステロール血症、骨粗鬆症、血栓症など)

⑦ お酒はのみますか？ (飲まない / 機会があれば / 時々 / 毎日飲む)

⑧ タバコは吸いますか？吸っていましたか？

(吸わない / 以前吸っていた / 吸っている (1 日 本))

6. 1年以内に子宮がん検診を受けましたか？ (いいえ / はい)

→はいの方は結果はどうでしたか？ (正常 / 異常)