

婦人科問診票

記入日： 年 月 日

フリガナ			生年月日
氏名			大・昭・平・令 年 月 日
住所	〒 ー		
電話番号			
身長	cm	体重	kg

本日はどうなさいましたか？当てはまるものにチェックをつけてください。
☐おりものの異常（☐かゆみ ☐量が多い ☐色が（☐白い ☐黄色い ☐茶色い）
☐生理痛 ☐下腹痛 ☐腰痛 ☐生理不順 ☐不正出血（出血した日： 月 日）
☐膀胱症状（☐排尿痛 ☐下腹痛 ☐トイレに行く回数が多い） ☐更年期症状
☐子宮が下がってくる ☐外陰部のできもの ☐低容量ピルの相談 ☐緊急避妊薬の相談 ☐中絶希望
☐子宮がん検診 ☐性感染症検査希望 ☐その他（ ）

症状はいつ頃からありますか？ 約（ ）日・週間・ヶ月・年前から

月経について
初経（ ）歳、閉経（ ）歳
最終月経（ 月 日～ 月 日） 月経周期 ☐順調 ☐不順（ ）日型
性交経験はありますか ☐はい ☐いいえ

妊娠について
妊娠（ ）回 流産（ ）回 人工妊娠中絶（ ）回 分娩（ ）回（自然分娩・帝王切開）

今までに指摘された病気はありますか？
☐なし ☐子宮筋腫 ☐子宮内膜症 ☐子宮腺筋症 ☐子宮奇形 ☐月経異常 ☐卵巣嚢腫 ☐子宮頸癌・異形成 ☐性感染症 ☐高血圧 ☐糖尿病 ☐腎疾患 ☐心疾患 ☐肝疾患 ☐喘息 ☐脳卒中
☐その他（ ）

現在、飲んでいるお薬はありますか？ ☐なし ☐あり（ ）

喫煙、飲酒について教えてください
喫煙：☐吸わない ☐吸う（ 本/日 × 年間）
☐禁煙した（ 年前から。それまで喫煙（ 本/日 × 年間））
飲酒：☐飲まない ☐飲む（週 日） 種類・量（ ）

食べ物や薬・注射のアレルギー（気分が悪くなったり、じんましんが出たりする）はありますか？
☐なし ☐あり（ ）

当院をどちらでお知りになりましたか？
☐インターネット ☐看板 ☐知人 ☐通りがかり ☐その他（ ）