

# 【婦人科問診票】

受診日 年 月 日

ふりがな		生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日 ( )歳
お名前		現在の身長 ( ) cm	体重 ( ) kg

※該当する□にチェックをつけ必要な項目は○で囲み詳細をご記入ください。

## 1. どのような理由で受診されましたか？

## □症状がある

- おりもの かゆみ できもの  
生理が多い 生理が少ない 月経周期の異常  
生理以外の出血 生理痛 腹痛  
子宮や膀胱が下がる感じがする 膀胱炎 尿漏れ  
生理前の体調不良 更年期の相談 性交痛  
月経が遅れている→市販の妊娠反応検査 陽性・陰性・行っていない  
その他 ( )

## □検診希望

- がん検診 性感染症 その他( )

## □その他 ( )

- 他院で勧められた 妊娠したい  
生理をずらしたい → 月 日から 月 日までは避けたい  
緊急避妊望  
ピル希望 → 今回が初めて・現在服用中の薬品名 ( )

## 2. 月経についてお尋ねします

初潮 ( ) 歳 前回 (または今回の) 月経が始まった日 年 月 日から 日間

閉経 ( ) 歳

月経周期 順調 ( ) 日周期 不順 (早いと 日、遅いと 日でくる )生理の量 多い 普通 少ない生理痛 強い 普通 弱い3. 性交 (セックス) の経験はありますか? あり なし4. 結婚について 未婚 既婚

## 5. 妊娠・出産についてお尋ねします

妊娠したことはありますか? なし あり→ ( 回)出産したことはありますか? なし あり→ ( 回/うち帝王切開 回)

## 6. これまでの病気、手術、アレルギーについてお尋ねします

病気をしたことがありますか? なし あり→ (病名 )現在服用薬がありますか? なし あり→ お薬手帳を持ってきている→お見せください  
薬剤名 ( )婦人科の病気がありますか? なし あり→ (病名 )手術を受けたことはありますか? なし あり→ (手術名 )アレルギーはありますか? なし あり→ 薬剤 食物 麻酔 花粉症 ゴム  
その他 ( )タバコは吸われますか? いいえ はい→ ( 1日 本吸う)

## 7. 最後に子宮がん検診を受けたのはいつですか? 年 月頃 ・ わからない