

★大垣市子宮がん検診の方は別の問診票をご記入ください

【婦人科問診票】 受診日 年 月 日

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

- | | | |
|--|---------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> おりもの | <input type="checkbox"/> かゆみ | <input type="checkbox"/> できもの |
| <input type="checkbox"/> 生理が多い | <input type="checkbox"/> 生理が少ない | <input type="checkbox"/> 月経周期の異常 |
| <input type="checkbox"/> 生理以外の出血 | <input type="checkbox"/> 生理痛 | <input type="checkbox"/> 腹痛 |
| <input type="checkbox"/> 子宮や膀胱が下がる感じがする | <input type="checkbox"/> 膀胱炎 | <input type="checkbox"/> 尿漏れ |
| <input type="checkbox"/> 生理前の体調不良 | <input type="checkbox"/> 更年期の相談 | <input type="checkbox"/> 性交痛 |
| <input type="checkbox"/> 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 | | |
| <input type="checkbox"/> その他 () | | |

□検診希望

- | | | |
|-------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> がん検診 | <input type="checkbox"/> 性感染症 | <input type="checkbox"/> その他() |
|-------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|

□その他 ()

- | | |
|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 他院で勧められた | <input type="checkbox"/> 妊娠したい |
| <input type="checkbox"/> 生理をずらしたい → 月 日から 月 日までは避けたい | |
| <input type="checkbox"/> 緊急避妊望 | |
| <input type="checkbox"/> 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 直近の月経が始まった日 月 日から 日間 ・ 現在続いている
閉経 () 歳

月経周期 順調 () 日周期 不順 (バラバラ・早くて 日、遅くて 日でくる)

生理の量 多い 普通 少ない

生理痛 強い 普通 弱い(月経中鎮痛剤を内服する回数 1日 回、 日間)

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)

花粉症以外のアレルギーはありますか? なし あり→ 薬剤 食物 麻酔 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・受けたことがない