

産婦人科外来問診表

年 月 日

下記の質問に答えて受付にお渡し下さい。(あてはまるものに○をつけて下さい)

フリガナ

お名前

生年月日

年齢

ご住所 〒

電話(自)

(会社)

(携帯)

来院された目的

最終月経

月

日から

月

日

アレルギー

有 ()

無

紹介者

I どうなさいましたか

- | | | |
|----------------------------------|---------------------|---------------|
| 1)月経が止まった | 8) しこり(おなか, 陰部, 乳房) | 16)胸がドキドキする |
| 2)月経の異常 | 9) 尿がちかい | 17)癌の検査 |
| 3)月経と違った出血 | 10)排尿のとき痛む | 18)子供が出来ない |
| 4)おりものが多い
(赤, ピンク, 褐色, 黄色, 白) | 11)熱がある | 19)性生活の相談 |
| 5)陰部がかゆい, 痛い | 12)頭痛, めまい, のぼせ | 20)避妊の方法を知りたい |
| 6)お腹が痛い | 13)不眠, いらいら, 肩こり | 21)性病の心配 |
| 7)腰が痛い | 14)食欲がない, はきけ | 22)分娩の希望 |
| | 15)むくみ | 23)不快なこと() |

II 月経について

- | | | |
|-------------------------|-----------|----------|
| 1) はじめて月経をみた年齢 | ()歳 | (小・中学 年) |
| 2) 何歳まで月経がありましたか | ()歳 | |
| 3) 月経は | 順調 ()日型 | 不順 |
| 4) 月経は何日くらい続きますか | ()日間 | |
| 5) 月経の量は | 多い 普通 少ない | |
| 6) 月経の時痛みますか | | はい いいえ |
| 7) 月経の時他にどこか悪いところがありますか | | はい いいえ |

III あなたの結婚、妊娠、分娩について

- 1)性交（セックス）の経験がありますか はい いいえ
2)結婚 している 同棲中 婚約中
3)妊娠したことがありますか はい いいえ
4)妊娠したことのある方は次にお答え下さい。
人工妊娠中絶 () 回
自然流産 () 回
分娩 () 回

IV 今迄かかった主な病気、受けた手術について（婦人科以外も含めて）

- 1)病気になったり手術をうけたことがありますか はい いいえ
2)主な病気
() () 歳の時
() () 歳の時
3)手術
() () 歳の時
4)アレルギー体質と医師にいわれたことがありますか はい いいえ
5)今まで使った薬や注射で副作用をおこしたことがありますか
はい いいえ
6)ぜんそくにかかったことがありますか はい いいえ
7)輸血を受けたことがありますか はい いいえ

V あなたの職業は ()

VI 御主人について

- 1)年齢 () 歳 職業 ()
2)健康ですか はい いいえ
3)今迄にかかった病気は ()

VII 家族の中に何か特別な病気の人がありますか

いる いない (遺伝病, 高血圧, 糖尿病, 癌, その他)

VIII あなたの

身長 () cm 体重 () kg 血液型 型RH ()

- IX 1)飲酒の習慣がありますか ない ある (強い, 普通, 弱い)
2)喫煙の習慣がありますか ない ある (1日 本)