

# 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(自宅) (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) 胸がどきどきする   |
| 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<br>(赤、ピンク、褐色、黄、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) 不快な事( )    |

## 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 |

