

レディースクリニック コスモス 問診票[婦人科]

記入日(年 月 日)

フリガナ		昭和	年 月 日 年齢()歳	
お名前	生年月日	平成		
住 所	〒	-	TEL	() -
			携 帯	() -

本日受診された理由、これまでの健康状態などについて下記の質問にお答えください。

以下の内容は、診察をスムーズに行うためにお尋ねするものです。プライバシー保護には十分に配慮し、他に漏らすことは絶対にありません。

I. どうなさいましたか？(あてはまるものにチェックを入れてください。複数可)

() 月経が遅れている。[妊娠かどうか・妊娠ではない(性交渉がない)]

() すでに妊娠とわかっている(妊娠試薬または他医にて)

※妊娠の場合①お産をしたい ②中絶したい ③まだ決めていない

() 月経が不順である

() 帯下(おりもの)が気になる

() 月経の出血量が多い

() 外陰部がかゆい

() 月経痛がひどい

() 下腹部、腰が痛い

() 月経以外に異常な出血がある

() 下腹部、外陰部にしこりがある

() 頭痛・肩こり・不眠・イライラ

() 尿の回数が多い

() のぼせ・ほてり・めまい

() 尿がもれる

() 検診→(子宮頸癌・子宮体癌・卵巣・筋腫・乳房)

() 排尿の時に痛い

() 低用量ピル処方 ※自費診療

() 足が冷える

() 緊急避妊薬(アフターピル) ※自費診療

() 不妊症(赤ちゃんができない)

() 月経を変更したい(お薬による月経の移動)

() 性病の検査

() その他 {

}

II. あなたのこれまでの月経について

① 月経は規則的にありますか

(順調 ・ 不順)

※一週間以内の狂いの場合は、順調とお答えください。

①で 順調 と答えた方、月経は何日周期ですか

()日型

※月経周期とは、月経第一日目から次回の月経開始日の前日までの日数です。

①で 不順 とお答えの方、最も早く来た場合と、最も遅く来た場合の日数をお答えください。

()日 ~ ()日

※月経第一日目から次回の月経開始日の前日までの日数です。

② 月経はふつう何日間続きますか。

()日間

③ 月経の出血量は

(多い ・ 普通 ・ 少ない)

④ 月経痛は強いですか

(強い ・ 普通 ・ 弱い)

⑤ 最終月経(一番最近の月経)はいつでしたか →

(年 月 日から 日間)

⑥ その前の月経はいつでしたか →

(年 月 日から 日間)

⑦ 初潮(生まれて初めての月経)は何歳の時でしたか

(歳)

⑧ 閉経(月経がなくなる)は何歳でしたか

(歳)

⑨ 子宮頸癌検診を受けたことはありますか (ある 最終 年 月 ・ ない)

※職場や自治体での検診は子宮頸癌検診です。



2ページ目に続く



III. あなたの結婚、妊娠、分娩について

- ① 性交の経験はありますか(診察の時に考慮します)。 (ある・ない)
 ② 妊娠したことはありますか。 (ある・ない)
 ③ 結婚されていますか。(未婚 ; 既婚 - 年 月)

妊娠したことがある方は以下にご記入ください。

- (1) 分娩(早産・死産を含む) (回)
 (2) 自然流産 (回)
 (3) 人工妊娠中絶 (回)

これまでの分娩について以下にご記入ください

	分娩年月日	男女の別	体重	妊娠中・分娩時の異常の有無
1.	年 月 日	男・女	g	正常;異常()
2.	年 月 日	男・女	g	正常;異常()
3.	年 月 日	男・女	g	正常;異常()
4.	年 月 日	男・女	g	正常;異常()
5.	年 月 日	男・女	g	正常;異常()
6.	年 月 日	男・女	g	正常;異常()

IV. これまでにかかった主な病気、受けた手術について → (ある・なし)

あるとお答えの方は①～③にご記入下さい。

- ① 主な病気
 1. () () 歳
 2. () () 歳
 3. () () 歳
- ② 手術 (婦人科以外)
 1. () () 歳
 2. () () 歳
 3. () () 歳
- ③ 婦人科の手術
 1. () () 歳 子宮の摘出 (全部・一部) 卵巣の摘出 (右・左・両側)
 2. () () 歳 (全部・一部) (右・左・両側)

必ずご記入下さい	④ 輸血を受けたことがありますか → (はい・いいえ)
	⑤ アレルギー体質といわれたことがありますか (はい → () ・ いいえ ())
	⑥ これまでに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 ())
	⑦ 今までにウイルス性肝炎にかかった事がありますか (はい → <input type="checkbox"/> B型 <input type="checkbox"/> C型 <input type="checkbox"/> その他() ・ いいえ ())

V. あなたの身長、体重は 身長 () cm 体重 () kg

VII. その他

- ★ どうもありがとうございました。
- ★ ご記入が終わりましたら、受付にお渡してください。
- ★ (更年期障害の方は、更年期問診票の記入をお願いします。)