

問 診 票

下記の項目に記入して下さい。(あてはまる に を入れてください)

お名前 _____ 年齢 _____ 才 _____ 今日の日時、20 年 月 日

1. どうなさいましたか

- 月経の異常(月経痛・月経不順など) 月経と違った出血 腹痛 頭痛 発熱 子宮・卵巣検査
 おりものが気になる 陰部がかゆい、痛い 排尿の違和感 性感染症の検査 性生活の相談
 めまい・のぼせ 不眠・いらいら 不安・憂うつ 更年期症状 子供が出来ない その他 禁煙したい
 妊娠した・かも 妊婦健診 中絶したい 避妊したい・ピル 緊急避妊ピル 月経周期変更
症状を詳しく.....
.....
.....
.....

2. あなたの月経について

- ①初経は()歳 ②閉経は()歳
③最後の月経はいつでしたか _____ 年 月 日から _____ 日間 (その前の月経は _____ 月 日～ _____ 日間)
④月経周期は 順調 不順 ()日型
⑤月経の量は 多い 普通 少ない 周期によって違う
⑥月経痛は 強い 弱い 気にならない 周期によって違う

3. あなたの結婚、妊娠、分娩について 【重要です、正確に記入して下さい】

- ①性交(セックス)の経験がありますか はい いいえ (診察の仕方に影響しますのでご記入下さい)
②結婚していますか はい いいえ 離婚したことがある その他(寡婦等)
③妊娠したことがありますか はい いいえ (今回は含みません)
人工妊娠中絶 ()回
流 産 ()回..... そのうち子宮外妊娠()回
分 娩 ()回..... そのうち帝王切開は()回

4. 今までかかった主な病気、受けた手術について(婦人科以外も含めて)

- ①かかった病気は () ()歳の時 () ()歳の時
②内服している薬は ()
②手術は () ()歳の時
③アレルギーはありますか ある ない ()
④薬剤で副作用を起こしたことがありますか ある ない ()
⑤ぜんそくにかかったことがありますか ある ない
⑥輸血を受けたことがありますか ある ない
⑦特定健診の受診歴 ある ない 不明

5. 習慣などについて

- ①あなたの職業は ()
②身長()cm 体重()kg
③飲酒の習慣がありますか ある ない 時々
④喫煙の習慣がありますか ある ない (1日 本) 電子タバコ等(1日 回)
⑤子宮頸癌予防ワクチン接種(HPV) した してない 不明