

# 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