

産婦人科外来問診票

年 月 日

下記の質問に答えて受付けにお渡し下さい。(あてはまるものに○印をつけて下さい)

ふりがな	
お名前	年齢

I どうなさいましたか

1.月経が止まった。妊娠検査希望しますか	はい	いいえ
分娩希望しますか	はい	いいえ
2.癌検診希望しますか		
子宮癌(頸癌、 体癌)、卵巣癌		
3.おりものが多い		
白色、黄色、ピンク、褐色、赤色、その他		
4.外陰部		
かゆい、痛い、しこり、その他		
5.月経の異常		
月経量が多い(血の塊も含む)、月経時の痛み		
6.おなかが痛い、腹痛		
7.しこりの自覚(腹部、外陰部、乳房)		
8.尿が近い、残尿感、排尿痛、でお悩みの方はご相談下さい。		
9.頭痛、めまい、のぼせ、不眠、イライラ、肩こり		
10.食欲がない、はき気、むくみ		
11.避妊相談		
12.性病の相談		
13.その他		

II あなたの月経について

1.一番、最近にあった生理	昭和 平成	年	月	日
2.月経順調()日型、	不順			
3.月経の量	多い、	普通、	少ない	
4.月経の痛み	はい	いいえ		
5.初潮()才				

III あなたの結婚、妊娠、分娩について

1.性交(セックス)の経験はありますか	はい	いいえ
2.結婚している	はい	いいえ
	(同棲中・婚約中)	
3.妊娠したことはありますか	はい	いいえ
妊娠したことがある方は次にお答え下さい。	はい	いいえ
人工中絶()回		
自然流産()回		
分 娩()回		

IV 今までかかった主な病気、手術について(婦人科も以外含めて)

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.主な病気は		
() ()歳の時		
() ()歳の時		
3.手術は		
() ()歳の時		
4.アレルギーと医師から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
	はいと答えた方(薬名	)
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
8.現在、他院の受診はありますか	はい	いいえ
	はいと答えた方(科)(科)(現在服用中の薬	)

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.今までにかかった病気は()		

VII 家族の中に何か特別な病気の人はいいますか

いる(遺伝病、高血圧、糖尿病、癌、その他)	いない
-----------------------	-----

VIII あなたの

身長()cm	体重()kg	血液型は 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)

●当クリニックを何でお知りになりましたか?

・知人から聞いた	・看板を見て	・ホームページ	・雑誌広告(雑誌名)
その他()			ご協力頂きありがとうございました。