

婦人科 問診票 (ID)

記入日:

フリガナ			年齢	生年月日	
氏名			才	昭和・平成・令和	年 月 日
住所	〒				
電話番号	自宅	-	-	勤務先 TEL - -	
	携帯	-	-		
身長	cm	体重	kg	血液型	型 喫煙 無・有(本/日)・禁煙した

来院目的について

- 子宮がん検診 (頸部のみ ・ 体部まで ・ 人間ドッグ)
ピル処方相談 緊急避妊ピル おりものの異常 外陰部の異常
性感染症検査 更年期症状 プラセンタ療法 その他

医師に相談したい事をご記入ください (いつからどのような症状がありますか?)

[]

内診の経験

ある
ない
わからない

月経について

初潮 (歳) 閉経 (歳)
 最終月経 (月 日 ~ 月 日) 月経周期 順調(日周期) ・ 不順

性行為の経験はありますか? はい いいえ

結婚はしていますか?

はい (結婚: 年 月) いいえ

妊娠・出産歴について

現在妊娠中である () 週 現在授乳中である
 ・妊娠 (回) ・出産 (回) ・流産 (回) → (週) ・人工妊娠中絶 (回)

わかる範囲でご記入ください

回数	生年月日	週数	性別	生下時体重	生死	分娩様式	病院名
1人目	年 月 日	週	男・女	g	生・死	正常・帝王切開	当院・他院 ()
2人目	年 月 日	週	男・女	g	生・死	正常・帝王切開	当院・他院 ()
3人目	年 月 日	週	男・女	g	生・死	正常・帝王切開	当院・他院 ()

妊娠経過中に異常がありましたか? いいえ はい ()

今までに指摘された病気はありますか?

- なし 子宮筋腫 子宮内膜症 子宮腺筋症 子宮奇形 月経異常
卵巣嚢腫 子宮頸がん・異形成 性感染症 高血圧 糖尿病 腎疾患
心疾患 肝疾患 喘息 脳卒中 乳がん その他 ()

手術の経験はありますか?

いいえ はい → (病名: いつ: 病院名:)

現在 治療中の疾患・飲んでいるお薬について あり なし (お薬手帳は診察室でお出し下さい)

病名: お薬の名前:

アレルギーについて

- 喘息はありますか? いいえ はい (最後の発作はいつですか:)
 薬剤のアレルギー いいえ はい ()
 体質的アレルギー いいえ はい ()
 食物のアレルギー いいえ はい ()