

問診表（一般婦人科用）

記入日 西暦 年 月 日

この問診票は診療目的以外では使用しません。プライバシーに関わることですので取扱いは慎重にいたします。
効率よく検査や治療を進めていくためにも、お分かりになる範囲で構いませんので詳しくお書きください。

フリガナ		住所	(〒 -)
氏名			
生年月日	西暦 年 月 日 (歳)	電話番号	
職業		携帯電話	

1. ご相談になりたい内容をお尋ねします。(複数回答可)

- 妊娠の検査(市販の検査は行いましたか？ (いいえ・はい) : はいとお答えの方 (陰性・陽性))
- 月経が止まった 月経不順 月経量が (多い・少ない) 不正出血
- お腹が痛い 月経痛がひどい 月経をずらしたい
- 陰部がかゆい おりものが気になる (色や症状:)
- 子宮がん検診 セカンドオピニオン 漢方について
- その他 ()

2. あなたご自身についてお尋ねします

- ① 1年以内に子宮がん検診を受けましたか？ (いいえ・はい)
→はいとお答えの方 (年 月 正常・異常・不明)
- ② あなたの身長と体重を教えてください (身長 cm / 体重 kg)
- ③ 内診台の経験はありますか？ (いいえ・はい)
- ④ 今までかかった病気や手術はありますか？ (いいえ・はい)
→はいとお答えの方は具体的に書きください ()
- ⑤ 今内服している薬はありますか？ (いいえ・はい: 薬の名前)
- ⑥ 喫煙していますか？ (いいえ・はい: 本/日)
- ⑦ 薬・食物等で何かアレルギーはありますか？ (いいえ・はい)
→はいとお答えの方、それは何によるものでしたか？ ()
- ⑧ 喘息はお持ちですか？ (いいえ・はい: 最終発作 年 月 日)

3. 性生活についてお尋ねします

- ご結婚はされていますか？ (はい・いいえ)
→はいとお答えの方
婚姻時期 (西暦 年 月 歳)
または再婚の時期 (西暦 年 月 歳)
性交渉の経験 (なし・あり)
→いいえとお答えの方
 離婚
 未婚
性交渉の経験 (なし・あり)
現在性交渉のあるパートナーはいますか？ (なし・あり)

4. パートナーについてお尋ねします

- 年齢 (歳) ご職業 ()
これまでに病気や手術をされたことはありますか？ (感染症・性病含む)
なし・あり (病名:)

5. ご家族についてお尋ねします

ご家族にがん・脳梗塞・糖尿病・高血圧などの持病をお持ちの方はいますか？（いいえ・はい）

→はいとお答えの方 具体的に（ ）

6. 今までの妊娠歴と月経についてお尋ねします

① 今までに妊娠したことはありますか？（いいえ・はい）

→はいとお答えの方は下の表にその経過をご記入ください

年齢	妊娠の経過					お産				産後		お子様				
	正常	流産	子宮外妊娠	胎状奇胎	人工中絶	正常	早産	吸引	帝王切開	正常	異常	男	女	出生時体重/週数		
歳														g/	週	日
歳														g/	週	日
歳														g/	週	日
歳														g/	週	日
歳														g/	週	日

② 月経が始まった年齢はいつですか？（ ） 歳）

③ 普段の月経は順調ですか？（いいえ・はい）

→はいとお答えの方（ ） 日周期）

→いいえとお答えの方（早いと ） 日周期くらい、遅いと ） 日周期くらい）

④ 月経量（多い・血のかたまりが出る・以前より多くなった・普通・少ない・以前より少なくなった）

⑤ 痛み止めを使用することがありますか？（いいえ・はい）

→はいとお答えの方（薬の名前： ）

⑥ 月経時に体の具合が悪くなりますか？（いいえ・はい）

→はいとお答えの方（具体的な症状： ）

⑦ 一番最近の月経はいつでしたか？（ ） 年 ） 月 ） 日から ） 日間）

⑧ 基礎体温表はつけていますか？（いいえ・はい（アプリ・紙））

7. こちらのクリニックを何でお知りになりましたか？

インターネット・雑誌・看板・紹介・その他（ ）

memo