婦人科　問診票

お名前	身長	体重	日付： ID：
（　　）歳	cm	kg	

1	今日はどのような症状・相談で来院されましたか？ あてはまるものを〇で囲んでください。	婦人科専門検診（番号または名称：　　）
		ピル処方（　低用量O.C. ・ 生理日調整 ・ アフターピル　）
		生理不順 ・ 不正出血 ・ 生理痛 ・ 無月経 ・ おりもの
		かゆみ ・ 性感染症 ・ 妊娠検査 ・ 妊婦検診 ・ 更年期相談
		再検査 ・ 定期検診 ・ その他（　　）
2	これまでに婦人科を受診されたことがありますか？	はい ・ いいえ
3	最終月経はいつですか？	年　　月　　日 ～　　月　　日
4	月経は不順ですか？	不順 ・ 時に不順 ・ 不順でない
5	月経周期は何日くらいですか？	約　　日 ～　　日周期
6	月経痛はありますか？	ない ・ ふつう ・ 重い
7	月経以外の出血がありますか？	ある ・ ない ・ わからない
8	月経量が多いと感じていますか？	多い ・ ふつう ・ 少ない ・ わからない
9	初潮はいつごろですか？	（　　）歳ごろ
10	閉経はいつごろですか？	（　　）歳ごろ
11	性交渉の経験はありますか？	ある ・ ない
12	結婚されていますか？	している ・ していない
13	妊娠されたことがありますか？	ある ・ ない
	あるとお答えの方にお尋ねします。	自然分娩 ・ 帝王切開術 ・ その他分娩 ・ 自然流産 ・ 中絶
	年齢と回数を教えてください。	
14	これまでにかかった婦人科の病気があればご記入ください。	
15	婦人科で手術（流産・中絶除く）を受けたことがありますか？	ある（　　歳） ・ ない
	あるとお答えの方にお尋ねします。	子宮 ・ 卵巣 ・ その他（　　）

ここからは婦人科問診票（当用紙）のみご記入の方にお尋ねします。　※今回の診察にあたり一般問診票もご記入いただいている場合は必要ありません。

16	現在、内服している薬はありますか？	ない ・ ある（　　）
17	現在、治療中の病気がありますか？	ない ・ ある（　　）
18	薬のアレルギーがありますか？	ない ・ ある（　　）
19	病気の既往歴がありますか？	ない ・ ある（　　）
20	治療のご希望をお聞かせ下さい。	健康保険の範囲内で治療 ・ 健康保険外の治療も希望

ありがとうございました。ご記入が終わりましたら、受付までお持ちください。

私のクリニック目白
Miss&Mrs.