

# <婦人科問診票>

20 年 月 日 代筆：氏名 続柄( )

氏名 年齢 歳 職業

本人連絡先 緊急連絡先 続柄( )

身長 cm / 体重 kg

- ・渡航歴（過去1カ月以内）なし あり→ 渡航先 ( )  
渡航期間 ( ) ~ ( )
- ・紹介状はお持ちですか？ なし あり→ 紹介元病院 ( )

○いつからどのような症状ですか？ 年 月 日頃から

- 当院の他科より紹介あり ( ) 科)
- 月経不順 月経痛が強い 月経以外の出血 下腹部の痛み
- かゆみ 更年期 おりもの(色 / 量 )
- 不妊治療 子宮がん検診 中絶希望
- その他の症状 ( )  
( )

妊娠かもしれない→妊娠検査薬で検査をされましたか？

- いいえ
- はい → 月 日 ( 陰性 / 陽性 )  
(出血：あり/なし 下腹部痛：あり/なし つわり：あり/なし)

○結婚はされていますか？

- 未婚 既婚 → 初婚(婚姻年齢 歳) / 再婚(婚姻年齢 歳)

○月経について

- ・初潮 : ( 歳)
- ・月経周期: 日型 ( 順調 不順 わからない )
- ・持続期間: 日間
- ・一番最近にあった月経: 年 月 日 ~
- ・月経痛 : あり なし
- ・月経血量: 多い 普通 少ない
- ・閉経 : ( 歳)

○今までに妊娠をしたことはありますか？(流産、中絶を含む)

- いいえ
- はい(下枠内へ詳細をご記入ください)

分娩	年 月 ( 歳)	<input type="checkbox"/> 経膈分娩 / <input type="checkbox"/> 帝王切開
	年 月 ( 歳)	<input type="checkbox"/> 経膈分娩 / <input type="checkbox"/> 帝王切開
	年 月 ( 歳)	<input type="checkbox"/> 経膈分娩 / <input type="checkbox"/> 帝王切開
	年 月 ( 歳)	<input type="checkbox"/> 経膈分娩 / <input type="checkbox"/> 帝王切開

- 流産: 回(年齢 )
- 中絶: 回(年齢 )
- 死産: 回(年齢 )

