

ID:
予約: 有・無

なわたクリニック 婦人科 問診票

受診日: 平成 年 月 日

※記入頂いた個人情報診療以外には使用いたしません。正確なご記入をお願いします。

ふりがな 氏名		生年 月日	S. 年 月 日 H. ()才	職業		未婚・結婚予定・離婚()才 既婚(才に結婚) 初・再
自宅 住所	〒			【連絡先】 緊急時のため、 必ずご記入下さい	自宅 携帯	

以下の質問にお答え下さい(□にチェック・○で囲むまたは、必要事項へご記入をお願いします。)

【1】本日はどのような事で来院されましたか？

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 妊娠の診察(妊娠したかな?)
市販の妊娠テストは、
(陽性 月 日 ・していない)
妊娠確定後は(産みます ・ わからない) | <input type="checkbox"/> 子宮の下垂感 |
| <input type="checkbox"/> 貧血が心配(子宮筋腫 ・ 子宮内膜症) | <input type="checkbox"/> 外陰部や膣のかゆみ・痛み・できもの |
| <input type="checkbox"/> 月経の異常
出血が止まらない ・ 出血量が多い ・ 出血量が少ない
月経不順 ・ 月経が止まった ・ 月経が1ヶ月2回以上ある
生理痛が強い ・ 月経前の症状()がつらい | <input type="checkbox"/> 腹部膨満感(洋服のウエストがきつくなった気がする) |
| <input type="checkbox"/> 妊娠の希望(一般不妊治療検査の希望) | <input type="checkbox"/> 下腹部痛・腰痛・発熱 |
| <input type="checkbox"/> 更年期症状()がつらい | <input type="checkbox"/> ガンが心配(子宮・卵巣) |
| <input type="checkbox"/> 骨がもろくないか心配 | <input type="checkbox"/> 尿が近い・残尿感 |
| <input type="checkbox"/> 生理以外の出血がある | <input type="checkbox"/> 月経をずらしたい
(なりたくない時期 / ~ /) |
| <input type="checkbox"/> おりものが気になる | <input type="checkbox"/> 緊急避妊ピル
(性交日時 / 時 分頃) |
| | <input type="checkbox"/> 避妊の希望(ピル) |
| | <input type="checkbox"/> 産後の相談(乳房ケア・リング) |
| | <input type="checkbox"/> 子宮頸がん予防・ワクチン接種 |
| | <input type="checkbox"/> その他 () |

【2】紹介状 持参の方

() 病院・クリニックからの紹介

どのようなことで、紹介されましたか？

- | | |
|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 子宮がん検診で、精密検査(コルポスコープ・内膜組織診) | <input type="checkbox"/> セカンドオピニオン |
| <input type="checkbox"/> 婦人科がんの初回治療後の定期検診 | <input type="checkbox"/> その他 |
| <input type="checkbox"/> () の日帰り手術・治療継続・フォロー | () |

【3】ふだんの月経について

1. 初経は 才、閉経は 才
2. もっとも最近の月経はいつでしたか(月 日から 日間) → (いつもどおり いつもと違った)
3. 月経周期は順調ですか？(整 日周期 ・ 不順 日~ 日間隔)
4. 出血量は、(少ない 普通 多い 最初の2~3日のみ多い 出血時にドロツとした固まりが多く出る)
5. 生理痛は、(ない あるが我慢できる程度 薬()が必要 痛くて寝込むほど)
6. 生理痛以外の症状はありますか (ない ある(頭痛・腰痛・吐き気や嘔吐・だるい(眠い)・イライラ・その他:

【4】体質や家族歴について

1. 身長 _____ cm 体重 _____ kg
2. タバコ (吸わない ・ 吸う _____ 本/日・ _____ 年間)
3. 飲酒 (飲まない ・ 飲む : 毎日 ・ 時々)
4. アレルギー体質はありますか？
 ない ある 薬、注射(禁忌薬があれば記入下さい:)
花粉症 ・ アトピー ・ 食物() ・ 金属() ・ その他()
5. 喘息にかかったことはありますか？
 ない ある(最後の発作はいつでしたか? :)
6. 医師から、特別な注意を言われたことはありますか？
 いいえ はい()
7. 身内の中で乳がん・子宮がん・卵巣がんにかかった方はおられますか？
 いいえ はい
8. 7の他に、身内の中で病気の方はおられますか？ (糖尿病・高血圧・心臓病・がんなど)
 いいえ はい

※次のページへ続きます≫ ≫

【5】産婦人科で内診の経験がありますか？

いいえ はい (直近の診察: 年 月頃 → 結果: 異常なし・異常あり)

【6】子宮頸がん予防ワクチン(HPVワクチン)接種をうけられたことはありますか？

いいえ はい (才時に接種した)

【7】子宮がん検診(頸がん・体がん)をうけたことはありますか？

頸がん検診: 受けたことはない ある(直近の検診: 年 月頃 → 結果: 異常なし・異常あり)
体がん検診: 受けたことはない ある(直近の検診: 年 月頃 → 結果: 異常なし・異常あり)

【8】妊娠・出産歴について

1、性交(セックス)の経験はありますか？

あり なし → 気になる症状がありましたら、お腹の上からの超音波検査を行います。

2、妊娠歴(なし・あり: 回)そのうち自然流産(回)、中絶(回)、子宮外妊娠(回)、出産(回)

3、妊娠の可能性がある方は、出産歴を記入してください ※↓普:普通、吸:吸引、帝:帝王切開

	出生年月日	性別	状態	体重	出産された病医院	分娩様式	妊娠中、出産時の特記
1	S. H. 年 月 日	男・女	健・否	g		普・吸・帝	
2	S. H. 年 月 日	男・女	健・否	g		普・吸・帝	
3	S. H. 年 月 日	男・女	健・否	g		普・吸・帝	
4	S. H. 年 月 日	男・女	健・否	g		普・吸・帝	
5	S. H. 年 月 日	男・女	健・否	g		普・吸・帝	

【9】既往歴について

1、これまでにかかった病気や治療中の病気はありますか？

特になし・高血圧・糖尿病・脂質異常症・腎臓疾患・肝疾患・心臓疾患・脳血管障害
甲状腺疾患・肺疾患・血液疾患・精神疾患・アレルギー疾患・婦人科疾患・性感染症

2、現在、服用中の薬があれば記入してください

薬剤名: _____

3、これまでに受けた手術があれば記入してください

	年齢	病名	どのような手術？	手術様式	病院名	輸血
1	才			開腹・腔式・腹腔鏡		有・無
2	才			開腹・腔式・腹腔鏡		有・無
3	才			開腹・腔式・腹腔鏡		有・無

【10】当クリニックを受診されたきっかけをお聞かせ下さい

- 紹介されたから
- 以前、大学病院で(お産・手術・外来診察)の担当医が院長であったから
- 知人(身内)からきいて
- インターネットで調べて
- ホームページをみて
- 以前受診したことがあるから
- 近いから
- 婦人科専門のかかりつけ医を希望して
- 内科・循環器内科も同時に受診できるから
- その他()

~~~~~ご記入ありがとうございました~~~~~

\*ご記入後は、受付までお持ちくださいますようお願いいたします。  
\*予約の方を優先いたしますので、診療まで少しお待ちいただきます。  
また、診療内容によっては順番が前後することもあります。あらかじめご了承下さい。

