

婦人科 問診票

フリガナ		男	生年月日	西暦	年	月	日	歳	既婚・未婚
氏名		女							
職業		身長cm		体重kg		分院歴			
【女性の方のみお答えください】								<input type="checkbox"/> 東葛辻仲病院 <input type="checkbox"/> アルト新橋クリニック <input type="checkbox"/> 辻仲柏クリニック <input type="checkbox"/> つくばクリニック	
Q. 現在妊娠していますか		いいえ・はい(現在妊娠 ヵ月)・不明							
Q. 現在授乳中ですか		いいえ・はい							

本日はどのような症状で来院されましたか 該当するものを○で囲んでください

1. 本日はどのような症状で来院されましたか？
 月経不順 不正性器出血 更年期障害 下腹部痛 陰部の悩み(かゆみ・痛み) 子宮筋腫 卵巣のう腫
 その他 []

2. 今までの妊娠歴と月経についてお尋ね致します

- 一番最近の月経はいつからですか？ (年 月 日 ~ 日間) ・閉経年齢 () 歳
- 月経量は (・多い ・血の塊が出る ・少ない ・以前より少なくなった)
- 月経周期は順調ですか？ (いいえ ・ はい) はいとお答えの方は () 日周期
- 月経痛はありますか？ (いいえ ・ はい) 具体的症状 (腹痛 腰痛 頭痛 その他)

直近の月経時における痛みについてご記入ください。

↑ 全く痛みがない	↑ 想像しうる限りの激痛
-----------	--------------

月経時以外における骨盤の痛みについてご記入ください

↑ 全く痛みがない	↑ 想像しうる限りの激痛
-----------	--------------

- 今まで妊娠したことはありますか？ (いいえ ・ はい)
- 妊娠 () 回 分娩 () 回 正常分娩 ・ 帝王切開

3. 1年以内に子宮がん検診を受けましたか？ [なし ・ あり]

Q. 最近子宮がん検診を受けたのはいつですか？ _____ 年 _____ 月頃 検査実施

4. 性生活についてお尋ねいたします

性交渉の経験 (なし ・ あり) 現在性生活がありますか (なし ・ あり)

5. 既往歴 [なし ・ あり]

Q. 今までかかったことのある病気・現在治療中の病気に○をしてください

①高血圧 ②糖尿病 ③心臓病 (不整脈・心筋梗塞・狭心症・心不全) ④前立腺肥大 ⑤脳梗塞・脳出血
 ⑥緑内障 ⑦肝臓病 (___型肝炎) ⑧腎臓病 ⑨喘息 ⑩精神疾患 ⑪がん (_____ 癌)
 ⑫その他 []

Q. 今までに手術を受けたことがありますか [なし ・ あり]

病名: / 手術を受けた時期 ()
 病名: / 手術を受けた時期 ()

6. 現在の内服薬について

Q. 現在服用中のお薬はありますか [なし ・ あり]

Q. 血液がさらさらになるお薬を服用していますか
 いいえ ・ はい
 * 以下に現在服用しているお薬名をご記入ください

8. アレルギーについて

Q. アレルギーはありますか [なし ・ あり]

お薬 ()
 食べ物 ()
 局所麻酔薬 ()
 消毒薬 ()
 その他 ()

Q. お薬手帳の持参はありますか [なし ・ あり]

7. 1ヶ月以内の海外渡航歴はありますか？
 いいえ ・ はい いつ ()
 場所 ()

9. 嗜好品について

タバコ : 吸わない ・ 吸う(1日 本)
 飲酒 : 飲まない ・ 飲む(1日量:)

10. 新型コロナウイルス感染症にかかった事がありますか？
 いいえ ・ はい いつ ()