

# 問診票（女性）

記入日: \_\_\_\_\_

ID : \_\_\_\_\_

フリガナ		生年 月日	大正・昭和・平成 年 月 日	年齢	歳
お名前		身長	cm	体重	kg
フリガナ					
自宅住所	〒 -- 都道府県 市区町村				
電話番号	自宅番号	--	--	携帯電話番号	-- --

今日はどうなさいましたか？

- 出血など（生理の量が多い・生理が終わらない・生理以外の出血）  
 痛みなど（部位\_\_\_\_\_）  
 かゆみ・おりもの  
 病気の心配（子宮筋腫・卵巣のう腫・子宮内膜症・子宮がん・その他\_\_\_\_\_）  
 妊娠をしたい  
 妊娠かどうか調べたい  
 避妊の相談  
 その他（\_\_\_\_\_）

月経についてご記入ください

月経 \_\_\_\_\_ 月経周期 \_\_\_\_\_ 日・月経期間 \_\_\_\_\_ 日間・順調・不順  
 一番最近月経が始まった日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
 閉経 \_\_\_\_\_ 歳

現在、妊娠の可能性はありますか？  ある・ない・わからない

今までの妊娠についてご記入ください

妊娠したことが  ない・ある  
 妊娠 \_\_\_\_\_ 回・出産 \_\_\_\_\_ 回（帝王切開 \_\_\_\_\_ 回）・自然流産 \_\_\_\_\_ 回・人工流産 \_\_\_\_\_ 回

結婚されていますか  はい・いいえ・離別・予定あり

産婦人科で内診を受けられたことはありますか  ある・ない  
 性行為の経験はありますか  ある・ない

今までにかかった病気や手術に関してご記入ください

- |     |     |
|-----|-----|
| (1) | (4) |
| (2) | (5) |
| (3) | (6) |

アレルギー（薬なども含め）はありますか

- |     |     |
|-----|-----|
| (1) | (4) |
| (2) | (5) |
| (3) | (6) |

喫煙はしますか  あり・なし  ありの方は1日の喫煙量  ( \_\_\_\_\_ )

がん検診を受けられていますか  
 子宮がん  あり・なし  いつ頃 ( \_\_\_\_\_ ) 乳がん  あり・なし  いつ頃 ( \_\_\_\_\_ )

診察に対する要望などありましたらご記入ください