

# 産婦人科問診票

川崎レディースクリニック

お名前 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 歳 身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg

1) 今日はどのようなことで来院しましたか？(あてはまる項目に○を付けて下さい)

- |                                    |           |                          |
|------------------------------------|-----------|--------------------------|
| ① 下腹痛                              | ⑥ 不妊      | ⑩ 妊娠しているかどうか             |
| ② 出血がある                            | ⑦ 月経不順    | [自分で調べ妊娠反応(+)<br>調べていない] |
| ③ 陰部が(かゆい・痛い)                      | ⑧ 月経痛     |                          |
| ④ おりもの                             | ⑨ 月経前後の不調 | 分娩希望・中絶希望・未定             |
| ⑤ 子宮筋腫・卵巣腫大と指摘された<br>その他 ( _____ ) |           | ⑪ 更年期の異常(のぼせ・イライラ・その他)   |
- ※がん検診希望の方は受付に申し出て下さい

2) いつ頃から気づきましたか？

( \_\_\_\_\_ 日前) ( \_\_\_\_\_ ヶ月前) ( \_\_\_\_\_ 年前)

3) 月経について

- ① 月経周期・・・月経が始まった日から次の月経が始まるまで  
※順調 ( \_\_\_\_\_ 日間) ・ほぼ順調 ( \_\_\_\_\_ 日間)  
※不順 (短い時 \_\_\_\_\_ 日間 ・長い時 \_\_\_\_\_ 日間)
- ② 最近の月経は ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日より \_\_\_\_\_ 日間)
- ③ その前の月経は ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日より \_\_\_\_\_ 日間)
- ④ 閉経の年齢は ( \_\_\_\_\_ 歳)

4) 結婚・妊娠について

- ① 結婚していますか？・・・ はい(当時 \_\_\_\_\_ 歳)・いいえ
- ② 離婚なさいましたか？・・・ はい(当時 \_\_\_\_\_ 歳)
- ③ セックスの経験はありますか？・・・ はい・いいえ
- ④ 妊娠されたことがありますか？・・・ はい・いいえ
- (1) \_\_\_\_\_ 歳(中絶・流産・分娩) ( \_\_\_\_\_ ヶ月 \_\_\_\_\_ g)
- (2) \_\_\_\_\_ 歳(中絶・流産・分娩) ( \_\_\_\_\_ ヶ月 \_\_\_\_\_ g)
- (3) \_\_\_\_\_ 歳(中絶・流産・分娩) ( \_\_\_\_\_ ヶ月 \_\_\_\_\_ g)

5) 他の病院で診てもらったことがありますか？・・・ ある・ない

※「ある」の場合、その病院でどのような説明を受けましたか？

( \_\_\_\_\_ )

6) 現在、何か薬を飲んでいますか？・・・ いる・いない

※「いる」の場合、薬の名前がわかりますか？ ( \_\_\_\_\_ )

7) これまで薬などでアレルギー等の副作用を経験したことがありますか？・・・ ある・ない

※「ある」の場合、どのような症状でしたか？ ( \_\_\_\_\_ )

8) 今までに大きな病気をしたことや、手術を受けたことがありますか？・・・ ある・ない

※「ある」場合、いつ頃どんな病気や手術でしたか？ ( \_\_\_\_\_ )

9) ご家族やご親戚で強いアレルギーの方や癌などにかかったことのある方はいますか？・・・ いる・いない

※「いる」場合、どなたですか？ ( \_\_\_\_\_ )

10) 煙草は吸いますか？・・・ はい・いいえ・やめた ( \_\_\_\_\_ ヶ月前 ・ \_\_\_\_\_ 年前)

※「はい」の場合・・・ ( \_\_\_\_\_ ) 年前から吸っている・最近平均して一日 ( \_\_\_\_\_ ) 本吸っている

クリニックからの連絡 自宅

携帯