

婦人科 問診票

令和 年 月 日

診察券番号： 氏名： 生年月日： 年 月 日 歳  
住所 〒 -

電話： 身長： 体重： 職業：

1. 本日はどうなさいましたか？（複数回答可）

- 月経異常 ☐ 痛みがある ☐ 量が多い ☐ 不順 ☐ PMS  
☐ その他（ ）
- 不正出血 ☐ 月経以外にある ☐ 閉経後にある ☐ その他（ ）
- おりもの ☐ 量が多い ☐ においがある ☐ 色がある（ ）色  
☐ その他（ ）
- 陰部 ☐ かゆい ☐ できものがある ☐ 痛みがある ☐ その他（ ）
- 膀胱炎 ☐ 症状がある
- 更年期障害 ☐ 症状がある
- ピル ☐ ピルの希望 ☐ 緊急避妊薬希望（アフターピル） ☐ 生理の調整
- その他 ☐ 癌検診（☐ 市の健診 ☐ 自費健診 ☐ 堀ノ内病院健診）  
☐ 下腹部が痛い ☐ 性感染症の疑い  
☐ 定期的な検診（☐ 子宮筋腫 ☐ 卵巣のう腫 ☐ 子宮内膜症 ☐ その他（ ））  
☐ 性交痛 ☐ 排便痛 ☐ その他（ ）
- 上記症状はいつからですか（ ）日前から

2. 月経について教えてください

- 初潮は 歳頃 ○閉経は 歳頃
- 最終月経開始は（ ）年 月 日から 日間 ☐ いつもと同じ ☐ いつもと違う
- その前の月経は（ ）年 月 日から 日間 ☐ いつもと同じ ☐ いつもと違う
- 月経周期は ☐ 規則的（☐ 24日・☐ 26日・☐ 28日・☐ 30日・☐ 32日・☐ その他（ ））  
☐ 不規則（最も短かった時 日・最も長かった時 日）

3. 今までに子宮がん検診を受けたことがありますか

- ☐ いいえ ☐ はい（最終検査日 年 月）・検査場所（ ）

4. 生活について教えてください

- 以前に婦人科診察を受けたことがありますか ☐ はい ☐ いいえ
- 今までに性交渉の経験はありますか ☐ はい ☐ いいえ
- 結婚していますか ☐ はい（ ）歳時 ☐ いいえ（☐ 未婚 ☐ 離婚）
- 今までに妊娠したことはありますか ☐ はい ☐ いいえ
- 「はい」とお答えの方は ☐ はい（☐ 正常分娩 回 ☐ 帝王切開 回）  
分娩したことがありますか ☐ いいえ（☐ 流産 ☐ 人工妊娠中絶 ☐ その他（ ））

5. 今までに指摘されたことのある病気はありますか、手術の経験はありますか

- ☐ はい ☐ いいえ
- ☐ 子宮筋腫 ☐ 卵巣腫瘍 ☐ 子宮内膜症 ☐ 子宮奇形 ☐ 喘息（最終発作 歳）  
☐ 高血圧 ☐ 糖尿病 ☐ 心疾患 ☐ 甲状腺疾患 ☐ 肝疾患  
☐ てんかん ☐ 精神疾患 ☐ 血栓症 ☐ 血液疾患 ☐ 自己免疫性疾患  
☐ 脳梗塞 ☐ 脳内出血 ☐ 肝炎 ☐ 悪性腫瘍（ ）癌  
☐ その他（ ）

6. アレルギー、喫煙について教えてください

- アレルギーはありますか ☐ はい ☐ いいえ ○ゴム製品アレルギー ☐ はい ☐ いいえ  
（薬品名： 食べ物： その他： ）
- 喫煙していますか ☐ いいえ ☐ はい（ ）本/日

7. 現在服用しているお薬はありますか ☐ はい（薬品名： ） ☐ いいえ

8. 親族に次の病気にかかった方はいらっしゃいますか

- ☐ いいえ ☐ はい（☐ 高血圧 ☐ 糖尿病 ☐ 癌 ☐ その他（ ））