

# 婦人科問診

お名前 \_\_\_\_\_ 様 年齢 \_\_\_\_\_ 歳

身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg

## 1. 今日はどうなさいましたか？ 番号に○を付けてください。

- (1)下腹部が痛い (2)不正出血がある  
(3)月経の異常(不順・月経がない・月経痛がひどい・量が多い・量が少ない)  
(4)おりものが多い(茶・黄・白) (5)外陰部がかゆい  
(6)子宮筋腫があるとされた (7)卵巣のう腫があるとされた  
(8)不妊相談 (9)子宮が下がる感じがする  
(10)尿が近い、出にくい (11)更年期障害 (12)避妊相談  
(13)その他( )

## 2. 妊娠の可能性はありますか？

なし・あり \*ありに○をつけた方 妊娠検査薬で調べた(日付 / )

## 3. 子宮癌検診を受けられたことはありますか？

なし・あり 受けられたことがあれば最後はいつ受けました？( 年 月)

## 4. 月経、性生活、妊娠、出産についてお尋ねします。

\*初めて月経になったのは \_\_\_\_\_ 才 閉経は \_\_\_\_\_ 才

\*月経の周期は \_\_\_\_\_ 日型 (順・不順) \*最後の月経は 月 日 ~ 日まで

\*性交(セックス)の経験はありますか？( なし ・ あり )

\*現在、結婚されてますか？(未婚・入籍予定・既婚・離婚)

\*結婚された年齢は何歳ですか？( 才)

\*今まで妊娠されたことはありますか？( なし ・ あり )

出産回数 \_\_\_\_\_ 回・流産 \_\_\_\_\_ 回・人工妊娠中絶 \_\_\_\_\_ 回

出産 年 月	妊娠、出産の異常	健・死	出生体重	性別
年 月	正常・帝王切開・異常( )	健・死		男・女
年 月	正常・帝王切開・異常( )	健・死		男・女
年 月	正常・帝王切開・異常( )	健・死		男・女
年 月	正常・帝王切開・異常( )	健・死		男・女

## 5. 今までにかかった病気や、現在、受けている治療や飲んでいる薬はありますか？

## 6. 薬や食べ物でアレルギーはありますか？

なし

あり 薬名( ) 食べ物( ) 金属・ゴム・その他( )

## 7. 嗜好品について伺います。

アルコール 飲まない 飲む( 杯/1日 )

コーヒー 飲まない 飲む( 杯/1日 )

たばこ 吸わない 吸う( 本/1日 )

過去に吸っていたがやめた  
( 歳 ~ 歳まで 本/1日 )

## 8. もし万が一、あなたの病気が癌(ガン)であった時、告知を希望されますか？

はい (できるだけ詳しく ・ おおまかでもいい ・ 医師の判断にまかせる)  
いいえ (理由 )