

婦人科 問診票

受診日 平成 年 月 日

ふりがな				
氏名				
生年月日	T・S・H	年	月	日 (歳)
現住所	〒			
電話番号		結婚	未婚・既婚・離婚・死別	
職業		身長		体重

1・本日はどのような理由で受診されましたか？

- 月経不順 月経痛 不正出血 おりもの/性感染症 子宮がん検診 (頸がん・体がん)
 妊娠希望 PMS 更年期 ピル希望 月経移動 緊急避妊
 自費相談/カウンセリング希望 その他

※上記に当てはまらない場合や、具体的な症状・相談内容があればご記入下さい

()

2・月経：初経 [] 歳・現在月経は (順調・不順・閉経している [] 歳)

一番最近の月経は 月 日から 日間
 周期は 日 で、 日間 続く
 出血量は (少量 ・ 普通 ・ 多量)
 月経時・月経前に (腹痛・腰痛・乳房痛・頭痛・その他) がある

3・妊娠・出産：なし・妊娠 () 回・出産 () 回 → いくつか？ ()

自然流産 () 回・人工妊娠中絶 () 回・子宮外妊娠 () 回

4・下記をお読みになり、必要事項をご記入下さい

1) 性交経験が (ない ・ ある)

2) 子宮がん検診を受けたことが (ない ・ ある)

子宮がん検診を受けた年 (直近) (子宮頸がん _____ 年：子宮体がん _____ 年)

→ 横浜市のがん検診をご利用になりましたか？ (はい ・ いいえ)

→ 結果は (異常なし・要経過観察・要再検査・要精検・要治療)

3) 乳がん検診を受けたことが (ない ・ ある)

乳がん検診を受けた年 (直近) (_____ 年)

→ 横浜市のがん検診をご利用になりましたか？ (はい ・ いいえ)

→ 結果は (異常なし・要経過観察・要再検査・要精検・要治療)

※裏面もご記入下さい

- 4) 治療または経過観察が必要な病気にかかったことが (ない ・ ある)
(歳のときに)
(歳のときに)
- 5) 現在治療中または経過観察されている病気が (ない ・ ある)
病名 ()
かかっている医療機関名 ()
担当医師名 ()
- 6) 現在服用中の薬が (ない ・ ある)
ある方は薬品名をご記入下さい (_____)
- 7) アレルギー症状を起こしたことが (ない ・ ある)
ある方はアレルゲンをご記入下さい (_____)
- 8) 手術(帝王切開を含む)を受けた事が (ない ・ ある)
(歳のときに)
(歳のときに)
- 9) 血縁のご家族に以下の病気が (ない ・ ある)
高血圧 糖尿病 脳卒中 心臓病 癌 膠原病 甲状腺疾患
精神疾患
- 10) 日常的に頭痛が (ない ・ ある)
- 11) 飲酒を (しない ・ する)
する場合→週 _____ 回 _____ を _____ ml 程度
- 12) 喫煙を (しない ・ する)
する場合→1日 _____ 本
- 13) 診察室へのご家族の同伴を (希望しない ・ 希望する)

5・治療方針についてのお考えを教えてください(複数可)

- できるだけ薬は使いたくない
- 漢方薬やサプリメントで改善したい
- アロマセラピーで改善したい
- 日常生活の改善方法を教えてほしい
- 薬を使って早く症状が改善することを優先したい
- 必要な薬は使いつつ最小限ですむようにしたい
- 治療方針は自分で決めたい
- 治療方針はある程度医師に決めてほしい

6・当院を受診したきっかけは何ですか？

(ホームページ・ブログ・院長監修のサイト・知人の紹介・雑誌・通りがかり
その他： _____)

ありがとうございました