

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
 セカンドオピニオン（他院の処方薬・検査結果についてのご相談） 自費カウンセリング

※ご相談内容によっては相談料がかかる場合がございますがご了承いただけますか？

- はい（ご了承頂ける方は「はい」にチェックをお願いします）

※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→いつですか？（ ）

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