

辻堂レディースクリニック問診票

平成 年 月 日

(フリガナ)

名前 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 年齢 _____ 歳

住所 (〒 _____) _____

電話番号 _____ (携帯電話番号) _____

身長 _____ cm (体重、血圧をお計りください) 体重 _____ kg 血圧 _____ / _____

下記質問に答えて受付にお渡しください。 (あてはまるものに○印をつけてください)

I. どうなさいましたか

- (1)妊娠の確認 (2)妊婦健診 (3)月経が止まった (4)月経不順 (5)不正出血がある
(6)月経痛が強い (7)月経の出血が多い (8)月経の前に体調が悪い (9)お腹、腰が痛い
(10)お腹にしこりを感じる (11)おりもの、かゆみが気になる (12)陰部にしこりを感じる
(13)性病の心配 (14)子供ができない (15)避妊の相談 (ピル、リング) (16)緊急避妊
(17)月経をずらしたい (18)更年期症状が気になる (19)子宮癌検診 (20)乳癌検診
(21)子宮筋腫の検査 (22)卵巣腫瘍の検査 (23)熱がある (24)風邪をひいた
(25)尿の違和感がある (26)子宮が下がる気がする (27)湿疹がある (28)できものがある
(29)その他 ()

II. あなたの月経について

- 1、はじめて月経をみた年齢 () 歳 (小、中学 年)
2、最後の月経はいつでしたか _____ 年 _____ 月 _____ 日から _____ 日間 または () 歳
3、月経は ①順調 () 日型 ②不順 () 日から () 日
4、月経の量は ①少ない ②普通 ③多い
5、月経の時痛みますか ①いいえ ②はい (鎮痛剤は 必要、不要)

III. あなたの結婚、妊娠、分娩について

- 1、性交(セックス)の経験がありますか ①いいえ ②はい
2、結婚はしていますか ①未婚 ②既婚
3、妊娠したことがありますか ①いいえ ②はい
②はい、の方は 分娩 () 回、流産 () 回、中絶 () 回

IV. 今までかかった主な病気、受けた手術について

- 1、大きな病気や手術を受けたことがありますか ①いいえ ②はい
②はい、の方は () 歳の時 ()
() 歳の時 ()
2、ぜんそく、アレルギー体質と医師にいわれたことがありますか ①いいえ ②はい
3、いままで使った薬や注射で副作用をおこしたことがありますか ①いいえ ②はい
4、輸血を受けたことがありますか ①いいえ ②はい

V. 家族の中に何か特別な病気の方がいますか

- ①いない ②いる (遺伝病、高血圧、糖尿病、癌、その他)

VI. 1、飲酒の習慣がありますか ①ない ②ある (強い、普通、弱い)

- 2、喫煙の習慣がありますか ①ない ②ある (1日 本)

VII. 今まで婦人科癌検診を受けたことはありますか ①ない ②ある (年前頃)

ありがとうございました。しばらくお待ちください。