

婦人科問診票

年 月 日

オンライン資格確認、マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか（はい・いいえ）

ふりがな		生年月日 (西暦)	年 月 日
氏名	(才)		
住所	〒 -		
自宅	()	携帯	()
病院からの電話連絡を差し上げてよろしいですか（よい・よくない・携帯ならよい）			

1) 今日どのようなことで受診されましたか？

- a. おりものがある
- b. かゆみがある
- c. 生理と関係なく出血がある
- d. 痛みがある（下腹部・陰部）
- e. 月経が不順
- f. ガン検診をしてほしい
- g. 子供ができない
- h. 生理をずらしたい（生理になったら困る日：.....月.....日～.....月.....日）
- i. 妊娠かどうか診てほしい
妊娠なら（産みたい・考え中・中絶を希望）
- j. 排尿時に異常がある
- k. 低用量ピルがほしい
- l. 緊急避妊薬がほしい
- m. 避妊リングの（挿入・抜去）をしてほしい

その他（)

2) 現在病気でお薬を飲まれていますか？

いいえ・ある（)

3) 今までに大きな病気をしたことがありますか？

いいえ・ある（)

4) 薬・注射・食べ物でアレルギーと言われたことがありますか？

いいえ・ある（)

5) ご家族の中に癌、高血圧、糖尿病、肝炎などの方がおられますか？

いいえ・いる（)

6) 月経（生理）について 閉経の場合は（ 才）

- a. 最終月経は月.....日から.....日間
その前の月経は.....月.....日から.....日間
- b. 月経周期は（ 順調・不順）

- c. 生理痛は なし・痛むががまんできる
あり（痛み止めを飲む・寝込む）
- d. 月経の量は 普通・少ない
多い（血のかたまりが出る）

7) 結婚について

未婚

既婚（年.....月）

8) 未婚の方へ

性経験はありますか？（はい・いいえ）

内診を受けられますか？（はい・いいえ）

9) 今までの妊娠・分娩について

流産：なし・あり（.....回）

中絶：なし・あり（.....回）

分娩 ①.....年.....月（男・女）

②.....年.....月（男・女）

③.....年.....月（男・女）

10) 当院を受診された理由は？

1. ホームページを見て

2. 前を通して知っていた

3. 紹介されて

(.....様)

(.....病医院.....先生)