

婦人科 問診票

受診日 令和 年 月 日

ふりがな			
氏名			
生年月日	S・H・R	年 月 日	(歳)
現住所	〒		
電話番号	(自宅)	(携帯)	
職業		身長	cm/体重 kg

1) 本日はどのような理由で受診されましたか？

- 検診希望
- 相談希望→(具体的な相談内容：_____)
- 一般診療希望→(症状又は病名：_____)
- ピル希望
- 子宮頸がんワクチン希望
- 自費診療(プラセンタ、ビタミン注射等)

2) 現在自覚している症状や気になっている事がありますか？ (ない ・ ある)
 ある場合、具体的にお書きください。(_____)

3) 今まで子宮癌の検診を受けたことが (ない ・ ある : 最終受診 _____ 年)
 ある場合、それは市のがん検診をご利用になりましたか？ (はい ・ いえ)
 その結果は (異常なし ・ 要経過観察 ・ 要再検査 ・ 要精査 ・ 要治療)

4) 結婚：(未婚 ・ 既婚 ・ 離婚 ・ 死別)
 既婚の方 ご主人のご職業は (_____)

5) 性交経験 (ない ・ ある)
 ある場合、性交時痛 (強い ・ 普通 ・ ない)

6) 月経：初潮 [____] 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(または前に)(腹痛・腰痛・乳房痛・頭痛・その他)がある

7) 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
 裏もご記入下さい。

8) 現在服用中の薬が(ない・ある[薬品名 _____])

- 9) 薬や食物によるアレルギーが (ない・ある)
ある方はアレルギーをお書きください (_____)
- 10) 今までに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)
ある方は、かかった病気をお書き下さい。
(_____ 歳のときに _____)
(_____ 歳のときに _____)
- 11) 現在治療中または経過観察されている病気が (ない・ある)
ある方は、病名 (_____)
かかっている医療機関名 (_____)
担当医師名 (_____)
- 12) 手術(帝王切開を含む)を受けた事が (ない・ある)
ある方は、手術名をお書き下さい。
(_____ 歳のときに _____)
(_____ 歳のときに _____)
- 13) 血縁の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
ある方は、どなたがどの病気か具体的にお書きください。
(_____)
- 14) 飲酒は (しない・する：週 _____ 回 _____ を _____ ml程度)
- 15) 喫煙は (しない・する：1日 _____ 本)
- 16) 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
- 17) 病名告知・説明 (希望する ・ 希望しない)
希望しない場合 どなたにして欲しいですか？ (_____)
- 18) 当院を受診したきっかけは何ですか？
(ホームページ・知人の紹介・通りがかり・看板・通院したことがある
その他： _____)

ありがとうございました。