

婦人科問診票 外来受診日 年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 歳 職業 \_\_\_\_\_

身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg (測定後に記入してください)

本日来院された理由を教えてください

- 子宮筋腫 卵巣が腫れている 子宮内膜症(チョコレート嚢胞)  
下腹部痛 月経量が多い 月経痛がきつい その他( )

月経についてお答えください

- 1.月経の始まった年齢:( )歳  
2.月経周期:( )日型[整・不整] 持続:( )日間 月経量:[多・普通・少]  
3.月経痛:痛みの程度(耐えられない痛みを10点,痛みなしを0点としてください)  
・月経時:( 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ) ・排便時:( 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 )  
・性交時:( 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ) 性交経験なしの場合はここにチェック  
・鎮痛剤の使用:月経時(なし、時々、常に、飲んでも無効)  
鎮痛剤:(薬剤名: \_\_\_\_\_ 期間:1日 \_\_\_\_\_ 個を \_\_\_\_\_ 日間)  
4.最終月経:( )月( )日から( )日間  
5.閉経している方:閉経年齢:( )歳

結婚・妊娠・出産についてお答えください

- 1.結婚:(未婚・既婚(○初婚、○再婚)・離婚・死別) 結婚した年齢( )歳  
2.妊娠回数:( )回 出産回数:( )回 経膈分娩:( )回 帝王切開:( )回  
3.子宮外妊娠:なし あり:腹腔鏡手術( )回 開腹手術( )回 他の治療( )回  
4.妊娠の希望はありますか:はい(すぐに欲しい・現在はないが将来は希望) いいえ  
妊娠が難しい場合は(不妊治療中・不妊治療も考えている・不妊治療はしない)

今までにかかった病気についてお答えください

- 喘息 高血圧 糖尿病 クラミジア 淋病  
アレルギー(薬剤名: \_\_\_\_\_ ) その他( )

これまでに何か手術を受けたことはありますか: なし あり

(術式: \_\_\_\_\_ いつ: \_\_\_\_\_ )

嗜好品についてお答えください

たばこ: 吸う(1日 \_\_\_\_\_ 本× \_\_\_\_\_ 年) 吸わない 禁煙中