婦人科　　問診票

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿

【１】ご相談になりたい内容をお尋ねします。（複数回答可）

□異常出血　□生理痛　□生理以外の腹痛　□腰痛　□生理がこなくなった　□生理不順
□生理の量が多い　□生理に伴う症状　（頭痛、吐き気、嘔吐）
□陰部が　（かゆい、痛い）　□おりものが　（多い、におう、色が気になる、その他＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　）
□文京区子宮がん検診　□子宮がん検診
□膀胱炎症状　（頻尿、排尿時痛、残尿感、　その他＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　）
□避妊したい　（ピル、緊急避妊、リング）
□月経移動　（困る期間＿＿＿＿＿＿＿＿　次回生理予定日＿＿＿＿／＿＿＿＿）
□月経前に体調が悪い（乳房の痛み　お腹の張り　腰痛　頭痛　手足のむくみ　抑うつ気分　イライラ
怒りっぽくなる　不安　引きこもり　その他　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　）
□乳腺炎　□乳房に関わる症状（具体的に＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　）
□その他　□相談したい内容や希望する検査等があれば詳細にお書きください。

【２】最近の生理についてお尋ねします。（複数回答可）

直近の生理が始まった日　（　　月　　日から　　日間　）　前々回の生理（　　月　　日より　）　順調・不順
閉経（　　歳）　授乳中（　はい　・　いいえ　）
□月経痛（　とても強い　・　普通　・　ほとんどない　）　□経血量（　とても多い　・　普通　・　少ない　）
□上記以外に気になる事がありましたら、詳細に内容をお書きください。

【３】あなたの健康状態についてお尋ねします。

① 過去に大きな病気をしたことがありますか　なし　・　あり（＿＿＿＿＿＿　年　月頃　治療・入院・手術・輸血）
例　乳がん　脳梗塞　脳卒中　心筋梗塞　高血圧　糖尿病など
② 現在治療中の病気はありますか　なし　・　あり（
③ 現在服用しているお薬はありますか　なし　・　あり（お薬名
④ ぜんそくと診断されたことはありますか。　なし　・　あり
⑤ アレルギーはありますか　なし　・　あり（
⑥ 子宮がん検診を受けたことがありますか　なし　・　あり（いつ頃　　年　　月結果は・・・　異常なし・異常あり　）
⑦ 喫煙（１日　　本）　飲酒（週　　回）　身長（　　ｃｍ）　体重（　　ｋｇ）
⑧ 妊娠（　　回）　出産（　　回）
⑨ 性交渉の経験はありますか　あり　・　なし
⑩ 産婦人科の診察（内診）を受けたことがありますか　あり　・　初めて

※婦人科の症状がある場合、基本的には内診室での経腟超音波検査を行います。（乳腺炎以外）
経腟超音波検査を　＜　希望しない　・　行いたくない　・　経腹超音波（お腹の上から）検査なら可　＞

【４】当院を受診されたきっかけ

（　インターネット　　電柱広告　　知人紹介　）

サンヒルレディースクリニック