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（早めたい・遅らせたい）　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

直近の生理が始まった日（　月　日から　日間）　前々回の生理（　月　日から）

生理周期（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

【４】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…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）　既婚・未婚

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）

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています

正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします

Sun Hill Ladies clinic