

# 婦人科問診票

DATE.

NO.

お名前 \_\_\_\_\_

年齢 \_\_\_\_\_ 歳

身長 \_\_\_\_\_ cm

体重 \_\_\_\_\_ kg

★ 基礎体温表をお持ちの方は一緒にお出してください ★

1. 本日はどうされましたか？いつからどのような症状があるか具体的にお書き下さい。

[ \_\_\_\_\_ ]

2. 子宮頸癌検診(子宮頸部細胞診)の受診歴

なし あり⇒最終受診歴：平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月

結果：異常なし・要経過観察・要再検査・要精密検査・要治療

3. 月経： 順調・不順 (月経周期 \_\_\_\_\_ 日)・閉経 ( \_\_\_\_\_ 歳)

一番最近の月経： \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から \_\_\_\_\_ 日間

4. 月経時以外の出血： なし ある

5. 性交経験： なし ある

6. 結婚： 未婚 既婚

7. 妊娠経験： なし ある

出産経験： \_\_\_\_\_ 回 ( \_\_\_\_\_ 歳)・自然流産 \_\_\_\_\_ 回 ( \_\_\_\_\_ 歳)

子宮外妊娠 \_\_\_\_\_ 回 ( \_\_\_\_\_ 歳)・人工妊娠中絶 \_\_\_\_\_ 回 ( \_\_\_\_\_ 歳)

8. 今までにかかった病気、または現在、治療されている病気について

婦人科疾患 なし あり⇒子宮筋腫・卵巣嚢腫・子宮内膜症・機能性出血

付属器炎または卵管炎・カンジダ膣炎・外陰ヘルペス

外陰コンジローマ・その他

婦人科手術 なし あり⇒子宮筋腫核出術 ( \_\_\_\_\_ 歳)・子宮全摘出術 ( \_\_\_\_\_ 歳)

卵巣嚢腫摘出術(右・左・両側/全部・一部) ( \_\_\_\_\_ 歳)

円錐切除術 ( \_\_\_\_\_ 歳)

帝王切開術 ( \_\_\_\_\_ 歳)・子宮外妊娠手術 ( \_\_\_\_\_ 歳)

避妊手術 ( \_\_\_\_\_ 歳)

その他の手術 なし あり⇒ ( \_\_\_\_\_ )

9. 現在かかっている病気および内服中のお薬 (あれば内服以外のお薬もお書きください)

なし あり⇒ [ \_\_\_\_\_ ]

10. 家族で下記の病気にかかった方

癌 (乳癌・子宮癌・その他の癌) (婦人科疾患 \_\_\_\_\_ )

\* 個人情報の取り扱いについて \*

上記の内容は、当院「個人情報保護規定」により適切に管理いたします。

当院での個人情報の利用は、掲示板でお知らせした内容に限定して利用いたします。

検査内容などは医師が必要と認めた項目で実施いたします。

上記の内容を同意して診療を申し込みます。

医療法人社団 丸の内クリニック