

再診婦人科問診票

フリガナ
氏名 _____ 生年月日 T・S・H 年 月 日 _____ 才

(※建物名/マンション名もご記入ください)

住所〒 _____ 職業又は学年 _____

【 携帯・自宅・会社 】

ご連絡可能な電話番号 _____ e-mailアドレス _____

(※クリニック名をお伝え可能な番号をお願いします)

()

★本日受診された目的について、つらい症状(ご希望)の順に番号をつけてください

- () 定期健診 (子宮頸がん検診・子宮体がん検診・子宮筋腫・子宮内膜症・卵巣腫瘍・その他)
- () 子宮・卵巣がん検診
- () 港区 区検診(子宮がん・乳がん・両方) ※港区在住の方のみ
- () 不正出血 →いつありましたか?()
- () 下腹部痛 →いつありましたか?()
- () 更年期症状 →いつ頃からですか?()
- () 生理の異常(生理不順、生理痛・生理の量が多い、又は少ない)
- () PMS(月経前症候群)
- () 不妊の相談
- () 排尿の異常(排尿痛・残尿感・頻尿・尿もれ)
- () 外陰部の異常(かゆい・痛い・できものがある・おりものが気になる)→いつからですか?()
- () 性病の検査
- () 妊娠の診察 →市販検査薬使用(判定 十・一 検査日 月 日)・未使用 出産希望(有・無・未定) * 自費
- () 避妊相談(ピル・リング) →服用・使用経験(あり・なし) * 自費
- () 緊急避妊 (月 日 時頃) * 自費
- () 生理をずらしたい 避けたい日にち(/ ~ /) * 自費
- () 検査セット(STDチェック・ブライダルチェック・その他) * 自費
- () 子宮頸がん予防ワクチン接種 * 自費
- () その他()

★あなたの現在の状態を詳しく教えてください

身長 cm 体重 kg 初経 才 閉経 才

最後の月経(一番最近の月経) 年 月 日から 日間

その前の月経 年 月 日から 日間

月経周期 月経が始まってから次の月経が始まる前日までの日数 順 (日) ・不順 (~ 日)

月経出血量 (多い・固まりがある・普通・少ない) 生理痛 (強・普通・弱・無) →鎮痛剤使用(なし・あり→月 錠)

未婚 (性交経験 あり・なし) 結婚 (才) 配偶者 (現在 才) 離婚 (才)

※妊娠 回 出産 回(帝王切開 回) 自然流産 回 人工中絶 回

飲酒 (ビール・ワイン・日本酒・焼酎・その他 本・杯/週) 喫煙 本/日

★できる限り詳しくご記入ください

・前回受診日以降にかかった病気はありますか(年齢・病名・治療内容など)

いいえ ・ はい ()

・現在、治療中の病気はありますか(病名・治療内容など)

いいえ ・ はい ()

・アレルギーの再確認をさせて下さい(薬・食べ物・花粉・ぜんそく・小児ぜんそく など)

いいえ ・ はい ()

★前回受診日以降に子宮がん検診を受けましたか いいえ ・ はい (H 年 月 結果:異常なし・異常あり)