

# 婦人科問診票

診療の手助けとなりますので、可能な限り詳しくお書きください。

受-69

受診日: 20\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 お名前: \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_才)

1. 最後の生理はいつからですか? \_\_\_\_月\_\_\_\_日から\_\_\_\_日間 (妊娠中・授乳中・閉経\_\_\_\_才)

2. 妊娠の可能性はありますか? ない (性行為がない) ・ 分からない ・ ある (性行為がある)

妊娠検査薬はしましたか? していない ・ した (\_\_\_\_月\_\_\_\_日) ⇒ 結果は (陽性・陰性)

\* 結果が陽性の方は受付で産科問診票をお受け取りください。

3. 本日は、どのようなことでおいでになりましたか?

↓ この下の□から該当する箇所を☑チェックし、右側に詳細をご記入ください。複数回答可です。

<input type="checkbox"/> 目黒区の検診	※区検診以外に婦人科の診察のご希望は <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ⇒ 以下の記入もお願いします (別途診察料がかかります)
<input type="checkbox"/> 生理の悩み (具体的に)	
<input type="checkbox"/> 不正出血	<input type="checkbox"/> 生理前にある <input type="checkbox"/> 生理が終わってから数日後に <input type="checkbox"/> その他:
<input type="checkbox"/> おりものや 陰部の異常	<input type="checkbox"/> 量が多い <input type="checkbox"/> 匂いがある <input type="checkbox"/> 色の変化: _____色 <input type="checkbox"/> かゆみがある <input type="checkbox"/> 痛みがある <input type="checkbox"/> できものがある <input type="checkbox"/> その他:
<input type="checkbox"/> お腹や腰が痛い	<input type="checkbox"/> 生理の時 <input type="checkbox"/> 生理の前 <input type="checkbox"/> 生理に関係なく <input type="checkbox"/> 性交時 <input type="checkbox"/> 排便時 <input type="checkbox"/> 排尿時 <input type="checkbox"/> 波がある ( ) <input type="checkbox"/> 波が無い
<input type="checkbox"/> 不妊相談	避妊をしていない期間をお聞かせください ____年 ____ヶ月間
<input type="checkbox"/> 更年期相談	(詳しい内容に関しては、受付で説明用紙をお受け取りください。)
<input type="checkbox"/> 婦人科検診	<input type="checkbox"/> 超音波 <input type="checkbox"/> 子宮頸がん <input type="checkbox"/> 子宮体がん <input type="checkbox"/> 性病検査 ( ) <input type="checkbox"/> その他:
<input type="checkbox"/> ワクチン希望	<input type="checkbox"/> HPV (子宮頸がんワクチン) <input type="checkbox"/> インフルエンザワクチン <input type="checkbox"/> 麻疹・風疹ワクチン
<input type="checkbox"/> 月経移動	避けたいのは: ____月____日 ~ ____月____日
<input type="checkbox"/> 避妊相談	<input type="checkbox"/> 緊急避妊 (性交日: ____月____日の____時頃) <input type="checkbox"/> ピル希望 <input type="checkbox"/> 子宮内避妊具希望
<input type="checkbox"/> 他院や検診で 異常を指摘された	内容: 医療機関名:
<input type="checkbox"/> その他	
<input type="checkbox"/> 医師の希望	<input type="checkbox"/> 男性医師 <input type="checkbox"/> 女性医師 <input type="checkbox"/> どちらでもよい * 医師の希望をされると通常より長く待ち時間がかかることがあります。 * 月曜日～金曜日の 17:00～18:45 と日曜日は女性医師不在です。

◎該当する□に☑を入れ、( )内に記入して下さい

お名前： \_\_\_\_\_

身長( )cm 体重( )kg ←ご妊娠中の方は妊娠前の体重をお書きください。

初潮( )歳 閉経( )歳

月経周期 : 生理が始まった日から次の生理が始まるまでの日数  
 規則的  不規則的 ( )日~( )日

性経験  なし  あり 内診経験  なし  あり

結婚  未婚  既婚(西暦 年) 離婚歴  なし  あり( 年)

職業 ( )

薬剤アレルギー  なし  あり( )

食物アレルギー  なし  あり( )

●これまでの妊娠についてお書き下さい。0回も記入してください。 妊娠( )回 分娩( )回 流産( )回 中絶( )回 その他( )

NO	西暦 年/月/日	年齢	妊娠週	児体重(g)	性別	健否	分娩方法 (吸引・帝王切開等)	流産や中絶など	分娩施設	その他 (体外受精や高血圧、分娩時の特記)
例	2011/12/9	27	39	3120	女	健	自然分娩		育良クリニック	促進剤使用

●ご自身の病気や生活習慣などに関して、該当する□に☑を入れ、下の空欄に年齢、治療方法(内服、手術等)、病院名をご記入ください。

子宮内膜症  筋腫・腺筋症  卵巣腫瘍  性感染症  精神疾患

高血圧  糖尿病  脳疾患  緑内障  甲状腺疾患  喘息  自己免疫疾患

ガン  手術歴  入院歴  飲酒  喫煙  現在服用中の薬  その他:

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

●ご家族の病気 ( )の中に続柄をお書きください。 例:☑ガン(祖父・父)等

高血圧( )  糖尿病( )  ガン( )  その他( )

●1年以内に子宮頸がん検診を受けましたか?  なし ⇒ 近日中に職場健診等で受ける予定はありますか?  ない  ある

ある ⇒ いつ頃ですか? ( )年( )月頃 ⇒ 結果は?  問題なし  問題あり

●大人になってから風疹の抗体検査をしたことがありますか?

ある ⇒  抗体が十分あった。  抗体が不十分だった為ワクチンを接種した。  抗体が不十分だったがワクチンを接種をしていない。

なし ⇒ (住民票は  目黒区  それ以外 )

目黒区に☑された方(対象年齢19歳~59歳): 先天性風疹症候群の発生防止目的で、風疹の抗体検査(採血)及び検査の結果必要と判断された方は予防接種を無料です。検査を希望されますか?  はい  いいえ