

# 産婦人科問診票

[受診日 年 月 日]

(ふりがな) ( )	(生年月日)
氏名	明・大・昭和・平 年 月 日 歳
住所 (〒 - )	
市 区町村	
電話番号 - -	携帯番号 - - 身長 cm 体重 kg

## 1. 月経についてご記入ください。

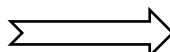
- ① 初めての月経は 歳 閉経の年齢は 歳
- ② 月経周期 (月経が始まった日から次の月経が始まるまで)  
順調・ほぼ順調 ( 日間)  
不順 [短い 日間 ・ 長い日 日間 ]
- ③ 月経期間 (月経が始まってから終わるまで) [ 日間 ]
- ④ 月経の量は [ 多い ・ 普通 ・ 少ない ]
- ⑤ 月経に伴って以下の症状はありますか? [ あり ・ なし ]  
[ 頭痛 ・ 下腹部痛 ・ 腰痛 ・ その他 ( ) ]
- ⑥ 最近の月経は [ 年 月 日より 日間 ]
- ⑦ その前の月経は [ 年 月 日より 日間 ]

## 2. 結婚・妊娠についてご記入ください。

- ① 妊娠中ですか [ はい ・ いいえ ]
- ② 授乳中ですか [ はい ・ いいえ ]
- ③ 結婚していますか [ はい (当時 歳) ・ いいえ ]
- ④ 離婚なさいましたか [ はい (当時 歳) ・ いいえ ]
- ⑤ セックスの経験はありますか [ はい ・ いいえ ]
- ⑥ 妊娠されたことはありますか [ はい ・ いいえ ]
- |     |   |                  |    |       |     |
|-----|---|------------------|----|-------|-----|
| I   | 歳 | [ 中絶 ・ 流産 ・ 分娩 ] | ヶ月 | [ 出産時 | g ] |
| II  | 歳 | [ 中絶 ・ 流産 ・ 分娩 ] | ヶ月 | [ 出産時 | g ] |
| III | 歳 | [ 中絶 ・ 流産 ・ 分娩 ] | ヶ月 | [ 出産時 | g ] |

## 3. 嗜好品についてご記入ください。

お酒 [ 歳より1日 ] たばこ [ 歳より1日 本 ]

※裏面もご記入ください 

## 産婦人科問診票

1. どのような症状でお困りですか？ 該当する項目に○をつけてください。

1・子宮がん検診（頸がん・体がん）希望

2・出血があった      3・おなかが痛い      4・月経不順      5・子宮筋腫といわれた

6・卵巣が腫れているといわれた      7・妊娠しているか      8・おりものが多い

9・更年期症状〔不眠・肩こり・のぼせ・いらいら〕      10・避妊の相談

11・子供ができない      12・手術後の定期検診

13・その他

[ ]

2. いつ頃からお気づきになりましたか。

[          日前          ・          月前          ・          年前          ]

3. 日常生活についてお聞きします。

食欲はありますか      [ ある ・ 普通 ・ ない ]

睡眠はとれていますか      [ よく眠れる ・ 普通 ・ 不眠 ]

便通はどのくらいですか [          日に          回          ]

4. 今までにかかった病気を○で囲んでください。それはいつ頃（年齢）ですか。

婦人科疾患 [          ]      乳腺疾患 [          ]      腎臓病 [          ]      心臓病 [          ]

高血圧 [          ]      糖尿病 [          ]      高脂血症 [          ]      喘息 [          ]

甲状腺 [          ]      その他 [          ]

5. 今までに薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか。 [ はい ・ いいえ ]

→ <はい>の方は薬・食べ物の名前をお書きください。 [ ]

6. あなたの血縁関係（祖父・祖母・父・母・兄弟・姉妹・子供）で次の病気にかかったことがありますか。または、現在かかっている方がいらっしゃいましたらご記入ください。

子宮がん [          ]      乳がん [          ]      その他のがん [          ]      高血圧症 [          ]

糖尿病 [          ]      心臓病 [          ]      脂質異常症 [          ]      甲状腺疾患 [          ]

肺結核 [          ]      その他 [          ]

7. 健診についてお聞きします。

この1年で健診（特定健診及び高齢者健診に限る）を受診しましたか。 [ はい ・ いいえ ]

8. マイナンバー保険証による診療情報取得に同意しますか。 [ はい ・ いいえ ]

子宮体癌検診希望の方へ

子宮口には個人差があり、痛み出血の程度はさまざまです。また子宮口が非常に狭い場合、内膜組織採取が困難な場合があります。その際には超音波にて内膜の観察を行っています。何かありましたら医師にお尋ねください。

《当院でのプライバシーポリシーについて診察に際して得た個人情報を第三者に提供はいたしません》

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、マイナンバー保険証の利用にご協力をお願いいたします。当院は医療情報・システム基盤整備体制充実加算の算定医療機関です。