

婦人科 問診票

受診日 平成 年 月 日

ふりがな			
氏名			
生年月日	T・S・H	年 月 日	(歳)
現住所	〒		
電話番号	(自宅)	(携帯)	
職業		身長	cm/体重 kg

- 1) 本日はどのような理由で受診されましたか？
 - 検診希望
 - 相談希望→(具体的な相談内容：_____)
 - 一般診療希望→(症状又は病名：_____)
 - ピル希望
 - 子宮頸がんワクチン希望
 - 自費診療(プラセンタ、ビタミン注射等)
- 2) 現在自覚している症状や気になっている事がありますか？ (ない ・ ある)
 ある場合、具体的にお書きください。(_____)
- 3) 今まで子宮癌の検診を受けたことが (ない ・ ある :最終受診_____年)
 ある場合、それは市のがん検診をご利用になりましたか？ (はい ・ いえ)
 その結果は(異常なし・ 要経過観察・ 要再検査・ 要精査・ 要治療)
- 4) 結婚：(未婚 ・ 既婚 ・ 離婚 ・ 死別)
 既婚の方 ご主人のご職業は(_____)
- 5) 性交経験 (ない ・ ある)
 ある場合、性交時痛 (強い ・ 普通 ・ ない)
- 6) 月経：初潮 [____] 歳・現在月経は(順調・不順・閉経している____歳)
 一番最近の月経は ____月__日から____日間
 周期は____日で、____日間 続く
 出血量は(少量 ・ 普通 ・ 多量)
 月経時(または前に)(腹痛・腰痛・乳房痛・頭痛・その他)がある
- 7) 妊娠・出産：なし・妊娠(____)回・出産(____)回→いつですか？(_____)
 自然流産(____)回・人工妊娠中絶(____)回・子宮外妊娠(____)回
 裏もご記入下さい。

- 8) 現在服用中の薬が(ない・ある[薬品名_____])
- 9) 薬や食物によるアレルギーが(ない・ある)
ある方はアレルギーをお書きください(_____)
- 10) 今までに治療または経過観察が必要な病気にかかったことが(ない・ある)
ある方は、かかった病気をお書き下さい。
(____歳ときに_____)
(____歳ときに_____)
- 11) 現在治療中または経過観察されている病気が(ない・ある)
ある方は、病名(_____
かかっている医療機関名(_____
担当医師名(_____)
- 12) 手術(帝王切開を含む)を受けた事が(ない・ある)
ある方は、手術名をお書き下さい。
(____歳ときに_____)
(____歳ときに_____)
- 13) 血縁の家族に以下の病気が(ない・ある)
高血圧・糖尿病・脳卒中・心臓病・癌・膠原病・甲状腺疾患・精神疾患
ある方は、どなたがどの病気か具体的にお書きください。
(_____)
- 14) 飲酒は(しない・する:週__回__を__ml程度)
- 15) 喫煙は(しない・する:1日__本)
- 16) 治療方針についてのお考えを教えてください。(複数可)
できるだけ薬は使いたくない
漢方薬で改善したい
日常生活の改善方法を教えてほしい
薬を使って早く症状が改善することを優先したい
必要な薬は使いつつ最小限ですむようにしたい
治療方針は自分で決めたい
治療方針はある程度医師に決めてほしい
- 17) 病名告知・説明(希望する・希望しない)
希望しない場合 どなたにして欲しいですか?(_____)
- 18) 当院を受診したきっかけは何ですか?
(ホームページ・知人の紹介・通りがかり・看板・通院したことがある
その他:_____)

ありがとうございました。