婦人科問診票　　西暦　　年　月　日

診療を速やかに行うため，あてはまる項目すべてにご記入ください．記入内容は診療以外の目的で使用されることはありません．
※当クリニックでは，**産科の診療は行っておりません**のでご注意ください．

お名前　　**生年月日：（ S・H ）　年　月　日**

◎本日はどのようなご相談ですか．

1. 妊娠の確認　・自宅での検査(未・済→ 検査日：　月　日(陽性・陰性)
2. 月経の異常　・無月経　・不順　・周期が短い　・周期が長い　・生理痛
   ・生理前後の諸症状（　　）
3. 不正性器出血　・　月　日ごろ～　日間　・現在も(あり・なし)
   ・出血量(多い・少ない)　・色(鮮やかな赤・暗褐色・薄い赤)
4. 帯下(おりもの)の異常　・量が多い　・量が少ない　・臭いが気になる
5. 外陰部の異常　・かゆい　・痛い　・腫れている　・できものがある
6. 月経をずらしたい　・　月　日 ～　月　日を避けたい
7. 避妊の相談　・低用量ピル　・リング
8. 低用量ピルの相談
9. 更年期症状　（　　）
10. 定期検査　・子宮頸がん検査　・超音波検査　・血液検査　・その他（　　）
11. その他　（　　）

◎あなたの状態を教えてください．

1. 現在の妊娠　・(なし・可能性あり・あり→ 現在　週または　か月
2. 月経歴　・初潮　才　・閉経　才
3. 最終月経　・　年　月　日から　日間
4. 月経周期　・(順[　日型]・不順[　日～　日])・月経量(多い・ふつう・少ない)
   ・月経痛(なし・あり→ 鎮痛薬の使用(なし・あり→ (市販薬・処方薬)
5. sex 経験　・(なし・あり)
6. 妊娠歴　・(なし・あり→ 妊娠　回（最終妊娠年齢　才）
   ・分娩　回（最終分娩年齢　才）・帝王切開　回
   ・自然流産　回・人工流産　回・死産　回
7. 治療中の婦人科の病気　・(なし・あり→ 具体的に
8. これまでに治療を受けた婦人科の病気や手術　・(なし・あり→ 具体的に
9. ホルモン療法　・(なし・過去に受けた・現在受けている)
   ・低用量ピル(　　)　・ホルモン補充療法
   ・ホルモン注射　・その他（　　）
10. 避妊リングの有無　・(なし・あり)
11. 現在治療中の病気・現在内服中のお薬　・(なし・あり→ 具体的に
12. これまでに治療を受けた病気・手術　・(なし・あり→ 具体的に
13. アレルギーの有無　・(なし・あり→ 具体的に
14. 子宮がん検診の受診　・頸がん(なし・あり→　年　月　日：結果(異常なし・所見あり)
   ・体がん(なし・あり→　年　月　日：結果(異常なし・所見あり)