婦人科　問診票

受診日:西暦　　年　　月　　日（　　）

フリガナ		生年月日	T・S・H ・R	性別	男 ・ 女
氏 名		年　　月　　日（　　歳）			

◆ 質問項目

1	来院の目的について		（ ドック ・ 健 診 ・ その他[　　] ）
2	初 潮		（　　歳）
3	最終月経		（西暦　　年　　月　　日 ～　　月　　日）
	閉 経		（　　歳）　どちらか
4	月経	月経周期	（　　）日に1回
		月経の量	（ 多 い ・ ふつう ・ 少ない ）
		月経痛	（ 激 痛 ・ 痛 い ・ やや痛い ・ な し ）
5	結 婚		（ 未 婚 ・　　歳の時 ）
6	セックスの経験		（ **な し** ・ あ り ） ⇩ 検診時強い痛み・出血を伴うことがあります。ご心配な方は受付時に相談ください。
7	妊 娠 歴		（ な し ・ あ り → 妊娠[　　]回、出産[　　]回 ）
8	症状 ※該当に〇と記入	おりもの	いつ:（　　）前から 色（ 無 色 ・ 白 色 ・ 黄 色 ・ 褐 色 ・ 血の混じった ）
		痛 み	いつ:（　　）前から 場所（ 下 腹 ・ 腰 ）
		不正出血	いつ:（　　）前から 量（ 多量・少量 ）　時 期（ 排尿時 ・ 性交時 ・ その他 ）
		月経の異常	（　　）
		その他	かゆみ ・ 腹部腫瘤 ・その他（　　）
9	今までにかかった主な病気・または受けた手術		※病名とその時の年齢を記入ください
10	現在、治療中の病気・服用している薬		※病名または薬の名前と使用期間を記入ください。
11	アレルギー		（ な し ・ あ り [　　] ）
12	その他に医師に伝えたいこと		

伊奈病院　健康管理センター