

産婦人科問診票

年 月 日

お名前： _____ 年齢 _____ 歳、
身長 _____ cm、体重 _____ kg（妊娠している方は妊娠していない時の体重）

1) 今日はどのようなことでおいでになりましたか（あてはまる項目にチェックをつけて下さい）

- | | |
|---|--|
| 1. <input type="checkbox"/> 妊娠（もう1枚問診票があります） | 7. <input type="checkbox"/> 不妊の相談 |
| 2. <input type="checkbox"/> がん検診・レディース検診 | 8. <input type="checkbox"/> 避妊の相談 |
| 3. <input type="checkbox"/> 月経異常、 <input type="checkbox"/> 生理痛、 <input type="checkbox"/> 不正出血
（ <input type="checkbox"/> 無月経、 <input type="checkbox"/> 不順、 <input type="checkbox"/> 量が多い、 <input type="checkbox"/> 月経が止まらない） | 9. <input type="checkbox"/> 月経をずらしたい
（ <input type="checkbox"/> アフターピル、 <input type="checkbox"/> ピルの処方、 <input type="checkbox"/> 子宮内避妊器具） |
| 4. <input type="checkbox"/> おなかが痛い | 10. <input type="checkbox"/> 更年期障害（もう1枚問診票があります） |
| 5. <input type="checkbox"/> おりものが多い | 11. <input type="checkbox"/> その他 |
| 6. <input type="checkbox"/> 陰部がかゆい、 <input type="checkbox"/> 陰部が痛い | （ _____ ） |

2) 月経について

- 初めての月経は _____ 歳
- 閉経 _____ 歳
- 最近の月経はいつですか _____ 年 _____ 月 _____ 日から _____ 日間
- 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、 不順（短い時 _____ 日周期～長い時 _____ 日周期）
- 月経の量は 少ない、 普通だと思う、 多くて困る
- 月経痛は ない、 少し痛む、 わりと痛む、 相当痛む

3) 結婚・妊娠について

- セックスの経験はありますか なし、 あり
- 妊娠したことがありますか なし、 あり
妊娠したことがある方は、当てはまるものすべてにチェックしてください。
妊娠 _____ 回、分娩 _____ 回（最終分娩 _____ 歳）

4) 2年以内に子宮頸がん検診を受けたことがありますか？

ない、 ある

5) 現在、何か薬（サプリメントを含む）を飲んでいますか？

ない、 ある（薬品名 _____）

6) 今までに大きな病気をしたことがありますか？

ない、 ある（病名 _____）

7) 手術をうけたことがありますか？

ない、 ある（ _____）

8) 今までに薬でアレルギー等の副作用を経験したことはありますか？

ない、 ある（薬品名 _____）

9) ご自分の両親あるいは兄弟に以下の病気を持った方がいますか？

高血圧、 糖尿病、 静脈血栓塞栓症、 その他の遺伝性疾患（病名 _____）

10) お酒を飲みますか？ のまない、 とときどき、 ほぼ毎日（ _____ を _____ /日）

11) タバコを吸いますか？ すわない、 以前すっていた、 現在すっている（ _____ 本/日）