

婦人科 問診票

ID: _____

お名前: _____ 様

生年月日: _____ (歳)

職業: _____

身長: _____ cm 体重: _____ kg

紹介状持参 なし / あり

☆住民票は? 東大阪市 ・ 八尾市 ・ その他

※東大阪市の方のみ

がん検診受診証の

健康管理番号(8桁):

--	--	--	--	--	--	--	--

分らない方は保健所の健康づくり課にお問い合わせください。072(960)3802

☆最後にがん検診や特定健診を受けたのはいつですか?

- ・ 子宮頸がん : 年 月 ・ 受けたことがない
- ・ 乳がん : 年 月 ・ 受けたことがない
- ・ 特定健診 : 年 月 ・ 受けたことがない

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、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか? する ・ しない
年 月 日 自署 _____

◆本日はどのような理由で受診されましたか?

- ① 妊娠かどうか
妊娠検査していない / した (陰性 / 陽性)
- ② 月経の異常
月経痛がある、量 : 多い / 少ない
周期 : 長い / 短い、無月経 : いつから?() ~ () パートナーが()にかかった / 不明
- ③ 月経前の体調不良
- ④ 不正出血がある
ほてり / 発汗 / 不眠 / 冷え / 何もやる気が起こらない
- ⑤ おりものの異常
量が多い / においが気になる / かゆみがある
- ⑥ しこりがある (外陰部 / 下腹部)
- ⑦ 下腹痛、腰痛がある
- ⑧ 子供がほしい
- ⑨ がん検診で異常があった
- ⑩ 子宮が下がった感じがする
- ⑪ 排尿痛、残尿感がある
- ⑫ 性病の心配
- ⑬ 更年期症状の相談
- ⑭ 避妊の相談
ピルの希望、緊急避妊薬(アフターピル)の希望、リング、その他
- ⑮ 月経移動
避けたい日 : 月 日 ~ 月 日
- ⑯ その他 ()

◆月経について

- ① 初経 : 才、閉経 : 才
- ② 最終月経開始日 : 年 月 日 ~ 日間、その前の月経開始日 : 年 月 日
- ③ 月経周期 : ~ 日周期 (規則的 / 不規則)
- ④ 月経量 : 普通 / 少ない / 多い (血のかたまりが出る / 出ない / だらだら続く)
- ⑤ 生理痛 : ない / ある (薬を飲む / 飲むほどでない / がまんする / 寝込む)

◆結婚・妊娠・出産について

- ① 未婚 : (セックスの経験 : なし / あり)
- ② 結婚 : 事実婚 (年 月 才)
- ③ 夫(パートナー) : 才 (健康 / 有病 / 死別)
- ④ 離婚 : 才
- ⑤ 妊娠 回 : 出産 回 (帝王切開 回)
- ⑥ 最後の妊娠 年 月 日に出産 / 流産 / 中絶

◆その他

- ① タバコを吸いますか? 吸わない / 吸う → 1日 本
- ② お薬などのアレルギーはありますか? なし / あり()
- ③ これまでにかかった病気や、手術、現在治療中の病気や服薬中の薬はありますか ⇒ なし / あり
高血圧 / 糖尿病 / 心臓病 / 肝臓病 / 腎臓病 / 甲状腺 / てんかん / 脳こうそく
静脈血栓症 / 膠原病 / 喘息 / 子宮筋腫 / 卵巣のう腫 / 子宮がん検査の異常
子宮がん / 乳がん / その他 ()
- ④ 大きな手術を受けたことがありますか? なし / あり()
- ⑤ 血のつながった家族の方のかかった病気はありますか?
子宮頸がん / 子宮体がん / 卵巣がん / 乳がん / その他 ()