

婦人科 問診票



(記入日・ 年 月 日)

ふりがな		生 年 月 日	年 齡
氏 名		T S H 年 月 日	歳

◆ 月経について

1. 初潮は _____ 才 閉経は _____ 才
2. 最終月経はいつでしたか? (_____ 年 _____ 月 _____ 日から _____ 日間)
3. 月経周期は順調ですか? (順調 _____ 日周期 ・ 不順)
4. 月経の量 (少ない ・ 普通 ・ 多い) : 月経痛 (軽度 ・ 普通 ・ 重度)

◆ 妊娠・出産歴について

1. 性交 (セックス) の経験はありますか? (なし ・ あり)
2. 妊娠歴 (なし ・ あり (_____ 回) そのうち異常妊娠 (_____ 回) 自然流産 (_____ 回))
3. 出産の経験はありますか? (なし ・ あり (_____ 回 : _____ 年 _____ 月が最終出産))

◆ 子宮頸がん検診を受けたことはありますか?

1. (なし ・ あり (もっとも最近の検診 : _____ 年 _____ 月頃 → 結果 : 異常なし ・ 異常あり))

◆ これまでにかかった病気 (内臓疾患系 ・ 婦人科系 ・ 甲状腺系 など他) は、ありますか?

1. (なし ・ あり (_____))

◆ 性ホルモン剤 (ピル等) を使用したことはありますか?

1. (未使用 ・ 過去に使用 ・ 使用中 (注 ・ 錠 ・ 局所))



※ご記入ありがとうございました。

森町家庭医療クリニック
☎0538-85-1340