婦人科 問診票

お名前	身長	体重
（　　）歳	cm	kg

1.これまでに婦人科を受診されたことがありますか？	はい　・　いいえ
2.最終月経はいつですか？	年　月　日　～　月　日
3.月経は不順ですか？	不順　・　時に不順　・　不順ではない
4.月経周期は何日くらいですか？	約　日　～　日周期
5.月経痛はありますか？	ない　・　ふつう　・　重い
6.月経以外の出血がありますか？	ある　・　ない　・　わからない
7.月経量が多いと感じていますか？	多い　・　ふつう　・　少ない　・　わからない
8.初潮はいつごろですか？	（　　）歳ごろ
9.閉経はいつごろですか？	（　　）歳ごろ
10.性交渉の経験はありますか？	ある　・　ない
11.結婚されていますか？	している　・　していない
12.妊娠されたことがありますか？	ある　・　ない
あるとお答えの方にお尋ねします。年齢と回数を教えてください。	自然分娩・帝王切開術・その他分娩・自然流産・中絶
13.これまでにかかった婦人科の病気があればご記入ください。	（　　）
14.婦人科で手術（流産・中絶除く）を受けたことがありますか？	ある（　　歳）　・　ない
あるとお答えの方にお尋ねします。	子宮　・　卵巣　・　その他（　　）

ここからは婦人科問診票のみご記入の方にお尋ねします

15.現在、内服している薬はありますか？	ない　・　ある（　　）
16.現在、治療中の病気がありますか？	ない　・　ある（　　）
17.薬のアレルギーがありますか？	ない　・　ある（　　）
18.病気の既往暦がありますか？	ない　・　ある（　　）
19.治療のご希望をお聞かせください。	健康保険の範囲内で治療　・　健康保険外の治療も希望