

奥野病院 一般婦人科 問診票

フリガナ

--	--

 生年月日
氏名

--	--

 大正・昭和・平成 年 月 日 (才)

住所

〒	—
---	---

--

携帯電話番号 (お間違えのないようご記入下さい)

—	—
---	---

職業: () 身長: ()cm 体重: ()kg

◆本日の受診目的をご記入ください。

※症状のある方は、いつ頃から、どのような症状があり、現在はどのような状態か、詳しくご記入下さい

--

◆月経について(普段、月経のある方)

- 最後の月経はいつからですか? (年 月 日 ~ 日間)
- はじめて月経が始まったのは ()才
- 月経は順調ですか? (順調 ・ 不順)
- 月経の周期は何日型ですか? ()日 ~ ()日に一度
- 月経時の出血量はどうですか? (少量 ・ 普通 ・ 多量 ・ かたまりが出る)
- 月経痛はありますか? (なし ・ あり ➡ 弱い ・ 中 ・ 強い)

◆月経について(普段、月経のない方)

- 月経が終わったのは? ()才

◆不正出血(月経以外の出血)はありますか? (なし ・ あり)

いつからですか? (頃から)

最後に不正出血があったのは (日前 ・ 週間前 ・ ヶ月前)

◆性交渉のご経験はありますか?(診察方法を考慮致します) (なし ・ あり)

なしの方 : 婦人科での内診のご経験が (なし ・ あり)

◆今までに妊娠されたことはありますか? (なし ・ あり ➡ 回)

ありの方: 経膈分娩 ()回 ・ 帝王切開 ()回 ・ 流産 ()回 ・ 中絶 ()回

◆結婚はされていますか? (未婚 ・ 婚約中 ・ 既婚 ・ 離婚 ・ 死別)

◆これまでに病気や手術はありますか？（なし・あり）ありの方は下に記入してください

病名	いつごろ	医療機関名	どんな手術	手術部位

◆内服中の薬はありますか？（なし・あり）ありの方は下に記入してください

薬の名前

◆食べ物・薬のアレルギーはありますか？（なし・あり）ありの方は下に記入してください

食べ物・薬の名前	そのときの症状

◆最近、婦人科超音波検査(子宮や卵巣のチェック)を受けたのはいつですか？

(西暦 年 月ごろ)

◆子宮頸(けい)がん検診を受けたことがありますか？(なし・あり)

ありの方：最後の検査日：西暦 年 月ごろ(大阪市の検診・それ以外)

検査結果：異常なし 異常あり()

◆本日、超音波の検査を希望されますか？(する・しない)

ご協力ありがとうございました

奥野病院 婦人科