

問 診 票

診療を的確、スムーズに行うため、おわかりになる範囲でお答えください。

お名前 _____ 年齢 _____ 歳 身長 _____ cm 体重 _____ kg

1. 本日はどうなさいましたか。

- 妊娠について 月経について 不妊について 不正性器出血について
 下腹部痛がある 陰部のかゆみ おりものが多い 性感染症について
 更年期障害について 子宮内膜症について 子宮筋腫について
 がん検診を希望する 婦人科腫瘍について 避妊について 思春期外来
 以前より阿部医師の診療を受けていた
 その他 (_____)

※具体的な症状をお書きください。

2. あなたの月経についておしえてください。

- ・初めての月経は (_____) 歳、または (_____) 年生
- ・最後の月経は (_____) 年 (_____) 月 (_____) 日から (_____) 日間
- ・月経周期は順調 (_____) 日型 不順 (_____) 日から (_____) 日
- ・月経痛は ない ある (強い 弱い)
- ・月経量は 多い 普通 少ない
- ・閉経された方は (_____) 歳

※その他、心配なことがありましたらお書きください。

3. あなたの結婚、妊娠、分娩についておしえてください。

- ・結婚はしていますか
 既婚 結婚年齢 (_____) 歳、 夫とは 同居 離別 死別
 未婚 ・結婚予定のある方は (_____) 頃
 - ・性交（セックス）の経験はありますか。 ある ない
 - ・今まで妊娠したことがありますか。 ある ない

妊娠したことがある方は

- 妊娠 (_____) 回 ・ 出産 (_____) 回
流産 (_____) 回 ・ 人工中絶 (_____) 回 ・ 子宮外妊娠 (_____) 回

※妊娠及び出産経過で何か異常があった方はおしえてください。

4. あなたの体質および今までにかかった病気、受けた手術についておしえてください。

- ・アレルギー体質はありますか。 ある ない
- ・ぜんそくと言われたことはありますか。 ある ない
- ・今までに長期の通院を必要とする病気や手術をしたことがありますか。
 ある ない

※上記のいずれかで「ある」とお答えになった方は詳しくおしえてください。

5. 血縁のある方で何か特別な病気の方はいらっしゃいますか。 いる いない

※「いる」方は詳しくおしえてください。
 がん 高血圧 脳卒中 糖尿病 心臓の病気 遺伝病 精神病 その他

ご協力ありがとうございました。