婦人科問診票

受診日　　年　　月　　日

氏名	ふりがな	男・女	生年月日	明・大 昭・平 令	年　月　日	年齢	体重
						歳	kg

住所		身長
	〒　　－	
	自宅電話番号　　（　　）	
	携帯　番号　　（　　）	cm

1. 今回はどのようなことで来院されましたか。主要症状、あるいは定期検診などお書き下さい。

2. 上記症状はいつ頃からありますか。また、きっかけはありましたか。

3. 今までかかったことのある病気、または現在治療中の病気があればお書き下さい。

4. 薬のアレルギー体質があればお書き下さい。

5. その他、知らせておきたいことはありますか。

6. 過去１年間に月経はありましたか。　　はい　・　いいえ

はいの方・・・・・・・・・・・・・・最終月経　　年　　月　　日　から　　日間

月経は順調ですか　　はい　・　いいえ

いいえの方・・・・・・・・・・・・閉経年齢　　歳

7. 性行為の経験はありますか。　　あり　・　なし

8. 妊娠歴　　普通分娩　帝王切開　流産　死産　中絶　子宮外妊娠

他（　　子供　　人　　）

9. 過去の婦人科疾患　　あり　・　なし

10. 婦人科の手術を受けたことがありますか。　　あり　・　なし

手術を受けたことがある方・・・・・・・・・・子宮全摘出　卵巣摘出　筋腫核出術

他（　　）

医療法人豊仁会　川越三井病院