

問 診 票

住所	〒	TEL	令和	年	月	日
氏名		年齢	才	生年月日	T S H	

診察の参考にしますのであてはまるところに○印をつけて下さい。

1. 今日、診察に来られたわけは？

- 子宮癌検診希望
 おりものが多い 生理が遅れている
 生理以外に出血する 外陰部がかゆい
 その他 →

2. 薬や食べ物などのアレルギー（過敏症）がありますか？

- ない ある →それは何ですか？

3. 今まで大きな病気や手術（盲腸なども含めて）、現在治療中の病気がありますか？

- ない ある →それは何ですか？

年齢	病 名	現在治療中？	
才		はい	いいえ
才		はい	いいえ
才		はい	いいえ

4. 初潮は 才 で閉経は 才 です。

5. 最終月経は 月 日～ 月 日 まで 日間 ありました。

6. 月経の周期（月経開始日から次の月経の前日まで）はだいたい 日間 で、

- 規則的です 不規則です

7. 月経の量は 多い 普通 少ない

8. 月経痛は強い方ですか？

- あまりない 強い → 下腹痛 ・ 腰痛

9. 結婚した年齢は 才 未婚

ご主人は現在、 健康 死別 離婚 その他

10. 今まで分娩 回、自然流産 回、人工妊娠中絶 回 合計 回 妊娠した。

11. 今までの分娩（死産、早産を含めて）経過について。

No.	性別	S ・ H	年に妊娠	週で	gで出産	出産時の状態	児の状態
第1子	男・女	S ・ H	年に妊娠	週で	gで出産	<input type="checkbox"/> 普通、その他（ ）	健・否
第2子	男・女	S ・ H	年に妊娠	週で	gで出産	<input type="checkbox"/> 普通、その他（ ）	健・否
第3子	男・女	S ・ H	年に妊娠	週で	gで出産	<input type="checkbox"/> 普通、その他（ ）	健・否
第4子	男・女	S ・ H	年に妊娠	週で	gで出産	<input type="checkbox"/> 普通、その他（ ）	健・否
第5子	男・女	S ・ H	年に妊娠	週で	gで出産	<input type="checkbox"/> 普通、その他（ ）	健・否