

# 婦人科問診票

記入日 年 月 日

お名前 ( ) 才

※乳房の症状は外科（クリックほりかわ）での診察になります。あらかじめご了承ください。

・ 本日、受診された症状についてチェックを入れて下さい

- 出血    腹痛    月経痛    おりもの    かゆみ    がん検診    更年期  
 その他 具体的にご記入下さい ( )

・ その症状はいつ頃からありますか ( )

・ 月経等についてご記入下さい

- ・ 初経： 才  
・ 月経周期：  正常  不順 ( 日周期 日間)  
・ 最終月経： ( 月 日 から 日間 )  
・ 閉経： 才  
・ 不正出血：  あり  なし      ・ 結婚：  未婚  既婚  
・ 妊娠回数： 回      ・ 出産回数： 回  
・ 流産回数： 回 (  自然 回 ・  人工 回 )

・ あなたの血縁関係に方でがんになった方はいますか

- あり (部位： 続柄： )  なし

・ 子宮がん検診を受けたことがありますか

- あり (前回 年 ) (結果： )  なし

・ 現在、妊娠中または授乳中ですか

- なし  あり (妊娠 週 ・  授乳中 )

・ 今までに手術を要する病気や入院をされたことはありますか

- なし  
 あり (医療機関名： ) (時期： )  
(病名： ) (治療内容： )

・ 現在、他の医療機関に通院していますか  ない  ある

- (医療機関名： )  
(治療内容： )

・ 現在処方されている薬がありますか  ない  ある

- (薬剤名： ) (投薬期間： )

・ アレルギー（食べ物、薬、金属等）を起こしたことがありますか

- なし  あり (種類： 症状： )

・ マイナ保険証による診療情報取得に同意  する  しない  持っていない

・ 他の医療機関からの紹介状はありますか  ない  ある

・ 40歳以上の方、この1年間で健診（特定健診及び高齢者健診に限る）を受診したことが

- ない  ある 受診時期： 指摘事項等：

※当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。