ID _____

婦人科外来初診問診票

氏名 _____ 年齢 _____ 身長 _____ cm 体重 _____ kg

＊本日はどうなさいましたか？（該当する項目を〇で囲んでください）

子宮がん検診　乳がん検診　月経異常　下腹部が痛い　性器出血がある

おりもの（量・色等）　外陰部がかゆい、痛い

不妊検査希望　更年期障害　妊娠

その他（　　）

＊症状がある場合いつ頃からどのような症状がありますか？

_____

_____

＊月経や分娩のについておたずねします

月経　初経　　歳　閉経　　歳　最近の月経　　年　　月　　日から　　日間

周期　　日　（不規則・規則正しい）　持続　　日間

月経量（多い・普通・少ない）　月経痛（強い・普通・弱い）

妊娠　妊娠　　回　分娩　　回　自然流産　　回　人工中絶　　回

＊今までに病気や手術をしたことがありますか？

子宮筋腫　卵巣のう腫　子宮内膜症　子宮外妊娠　子宮がん　乳がん

不整脈　高血圧　ぜんそく　糖尿病　脳梗塞　虫垂炎

白内障　緑内障　その他（　　）

＊現在治療中の病気があれば記入してください

_____

＊薬のアレルギーはありますか？

無　・　有（薬剤名：　　）

ありがとうございました。中待合の職員にお渡しになり、お待ちください。　清川病院