ごうどクリニック
京都駅前院
GOUDO CLINIC

一般婦人科　問診票

患者 ID：

年　　月　　日

カナ	TEL　（　　）　－		
氏名	生年月日　S・H・R　年　月　日		
	住所　〒		
血液型(　　)　Rh(　　)			
婚姻　未婚・既婚	身長　cm	体重　kg	職業

◦本日来院された理由を教えてください。(複数でも結構ですので当てはまるものに〇をしてください。)

☐ 月経について

出血量が多い・出血量が少ない・出血が止まらない・月経不順・生理痛が強い
月経前の症状について・月経をずらしたい・その他 ＿＿＿＿＿＿

☐ おりものについて　(量が多い・量が少ない・色・匂い)

☐ 下腹部痛　(全体・左・右・その他 ＿＿＿＿＿＿)

☐ 更年期　(ほてり・発汗・手のこわばり・不眠・イライラ・その他＿＿＿＿)

☐ かゆみ　☐ 外陰部のできもの　☐ 子宮筋腫　☐ ピルの処方希望

☐ 妊娠の確認　(市販の妊娠テスト：　月　日　(＋・－)　/　未実施)

☐ その他 (＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿)

◦月経について

最近の月経はいつになりますか？　　年　月　日より　日間

初経(　)歳　閉経(　)歳

月経周期は？　☐ 25～38 日：(　)日周期　☐ 24 日以下　☐ 39 日以上　☐ 3 か月以上

月経時の症状は？　☐ 量がかなり多い　☐ 量が少ない　☐ 月経痛が強い　☐ 普通

☐月経時鎮痛剤使用(薬剤名：　)

◦家族歴　ご家族の中に何か特別な病気の人がいますか？

【　いない・いる　(遺伝病・糖尿病・がん・その他：＿＿＿＿)

◦性交の経験はありますか？

【　ある・ない　→　超音波検査　(できる・できない・わからない)】

ごうどクリニック
京都駅前院
GOUDO CLINIC

◦ アレルギーの既往　　【　なし　・　あり　→　*ありの方は以下にお答えください。*　】

□　薬　　□　食べ物　　□　アルコール　　□　ラテックスゴム　　□　麻酔薬

(原因物質：　　)

(症状：　　)

◦ 妊娠・分娩歴　　(　　)回妊娠　(　　)回出産　●現在、授乳中ですか？【　はい　・　いいえ　】

◦ これまでの病気について

これまでに病気されたことがある方はそちらについて記載してください。

(　　歳　病名：　　→　現在使用薬名　　・　現在完治　)

これまで手術を受けたことがある方はそちらについて記載してください。

(　　歳　病名：　　→　手術名　　)

◦ これまでの妊娠・分娩歴がある方は以下の記載をお願いします。

年月	週数	性別・体重	妊娠について
年　月	週	(　男　・　女　) (　　g)	□経腟分娩　□帝王切開　□流産　□中絶 □自然妊娠　□タイミング法　□人工授精 □体外受精　□顕微授精
年　月	週	(　男　・　女　) (　　g)	□経腟分娩　□帝王切開　□流産　□中絶 □自然妊娠　□タイミング法　□人工授精 □体外受精　□顕微授精
年　月	週	(　男　・　女　) (　　g)	□経腟分娩　□帝王切開　□流産　□中絶 □自然妊娠　□タイミング法　□人工授精 □体外受精　□顕微授精

◦ 喫煙はされていますか？　　□　いいえ　　□　はい　(　日　/　　本　)

◦ 睡眠時間は？　　□　6～8 時間　　□　6 時間未満　　□　8 時間以上

◦ 飲酒されますか？　　□　いいえ　　□　はい　(　週　　日　　本　)

◦ 現在、妊娠の可能性はありますか？　　□　いいえ　　□　はい

◦ その他、ご相談やご質問等ございましたら下記にご記入ください。

(　　)