



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○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 ・ 出血がと止まらない ・ 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ありますか?

【 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 )】

◦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 )<br>( g ) | <input type="checkbox"/> 経膈分娩 | <input type="checkbox"/> 帝王切開   | <input type="checkbox"/> 流産   | <input type="checkbox"/> 中絶 |
|     |    |                    | <input type="checkbox"/> 自然妊娠 | <input type="checkbox"/> タイミング法 | <input type="checkbox"/> 人工授精 |                             |
|     |    |                    | <input type="checkbox"/> 体外受精 | <input type="checkbox"/> 顕微授精   |                               |                             |
| 年 月 | 週  | ( 男 ・ 女 )<br>( g ) | <input type="checkbox"/> 経膈分娩 | <input type="checkbox"/> 帝王切開   | <input type="checkbox"/> 流産   | <input type="checkbox"/> 中絶 |
|     |    |                    | <input type="checkbox"/> 自然妊娠 | <input type="checkbox"/> タイミング法 | <input type="checkbox"/> 人工授精 |                             |
|     |    |                    | <input type="checkbox"/> 体外受精 | <input type="checkbox"/> 顕微授精   |                               |                             |
| 年 月 | 週  | ( 男 ・ 女 )<br>( g ) | <input type="checkbox"/> 経膈分娩 | <input type="checkbox"/> 帝王切開   | <input type="checkbox"/> 流産   | <input type="checkbox"/> 中絶 |
|     |    |                    | <input type="checkbox"/> 自然妊娠 | <input type="checkbox"/> タイミング法 | <input type="checkbox"/> 人工授精 |                             |
|     |    |                    | <input type="checkbox"/> 体外受精 | <input type="checkbox"/> 顕微授精   |                               |                             |

◦喫煙はされていますか？ ☐ いいえ ☐ はい

◦睡眠時間は？ ☐ 6～8 時間 ☐ 6 時間未満 ☐ 8 時間以上



ごうどクリニック  
京都駅前院  
GOUDO CLINIC

○ 飲酒されますか？ ☐ いいえ ☐ はい（ 週 \_\_\_\_\_ 日 ）

○ 現在、妊娠の可能性はありますか？ ☐ いいえ ☐ はい

★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。  
初診時、従来の保険証を利用した場合：4点 / マイナ保険証を利用した場合：2点

○ マイナ保険証による情報取得に同意しましたか？ （ はい ・ いいえ ）

○ 現在、処方されているお薬がありますか？ （ はい ・ いいえ ・ お薬手帳を提供します ）

→ はい と答えた方はこちらをご記入ください。

薬剤名( ) 容量( ) 投薬期間( )

薬剤名( ) 容量( ) 投薬期間( )

薬剤名( ) 容量( ) 投薬期間( )

※マイナ保険証で情報取得に同意された方は、直近1ヶ月以内のお薬のみお書きください。

○ この1年間で「特定検診」または「高齢者検診」を受診しましたか？

受診期間( ) 指摘事項( )

※マイナ保険証で情報取得に同意された方は省略可能になります。