

ID 番号 : _____

女性腫瘍センター／婦人科 問診票

診察の前にお伺いします。わかる範囲で結構ですので、ご記入ください。

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

名前 : _____ 年齢 : _____ 歳 職業 : _____ 独身・既婚

身長 : _____ cm 体重 : _____ kg

★ 薬、食品、ぜんそく、皮膚炎などのアレルギーがありますか。 なし・あり

「あり」の方は下記にご記入ください。

★ 今までに病気をしたことがありますか。 なし・あり

「あり」の方は下記にご記入ください。(病名、いつ、どこで、どのような治療をしましたか)

★ 今までに手術をしたことがありますか。 なし・あり

「あり」の方は下記にご記入ください。(病名、いつ、どこで、どのような手術をしましたか)

● その際に輸血しましたか。 なし・あり

1. あなたが今日受診された理由は何ですか。それは、いつからどのような症状ですか。

2. 婦人科健診を受けたことがありますか。 なし・あり

「あり」の方は結果を下記にご記入ください。

3. 月経（生理）、妊娠歴について

① 初潮は何歳ですか _____ 歳

② 最終月経（一番最近の生理）はいつでしたか。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 から始まり _____ 日間（ _____ 歳で閉経）

③ 月経の様子

月経周期 規則的で _____ 日周期 / 不規則

月経量 多い 普通 少ない

月経痛 強い 弱い ない

(痛み止めが必要ですか： 常時 ・ 時々 ・ 不要)

【裏面もありますので続けてご記入ください。】

