



医親会

海上ビル診療所  
03-6636-6050

### 婦人科問診票

診療所使用欄

排尿案内済

氏名				生年月日	年 月 日	日中の連絡先	必要時診療所から連絡可能な電話番号をご記入ください。
薬剤アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある 薬剤名( )						
食物アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある 種類( )						
ゴムアレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある						

※ 当診療所では避妊目的のピル処方を行っておりません。  
該当する項目に☑印を付けてください。

- 健康診断の二次検査 (  当診療所の健康診断  他院 )
- 子宮癌検査 ( 前回のがん検診 年  正常  異常 )
- 子宮筋腫  卵巣腫瘍  更年期
- 下腹部痛  不正性器出血  性器のかゆみ
- 低用量ピル  生理をずらしたい(自費診療)  妊娠(自費診療)
- その他 ( )

#### 月経・妊娠・出産などについて

- ・初潮 歳  閉経(1年以上生理が無い) 歳
- ・最終月経 ( 月 日 ~ 月 日 )
- ・月経周期 ( )日型  整  不順 ・月経量  多  並  少ない
- ・性交経験  なし  あり

妊娠歴  妊娠したことがない  妊娠したことがある(  4回以上 )

1	歳	<input type="checkbox"/> 正常分娩	<input type="checkbox"/> 帝王切開	<input type="checkbox"/> 流産	<input type="checkbox"/> 中絶	<input type="checkbox"/> その他
2	歳	<input type="checkbox"/> 正常分娩	<input type="checkbox"/> 帝王切開	<input type="checkbox"/> 流産	<input type="checkbox"/> 中絶	<input type="checkbox"/> その他
3	歳	<input type="checkbox"/> 正常分娩	<input type="checkbox"/> 帝王切開	<input type="checkbox"/> 流産	<input type="checkbox"/> 中絶	<input type="checkbox"/> その他
4	歳	<input type="checkbox"/> 正常分娩	<input type="checkbox"/> 帝王切開	<input type="checkbox"/> 流産	<input type="checkbox"/> 中絶	<input type="checkbox"/> その他

#### 既往歴 (病気、手術 など)

- なし  あり ( 歳 病名: 手術: )

現在服用中のお薬はありますか？(お薬の内容がかかれたものをお持ちであれば記入不要)

- なし  あり ( )

←----- ( 切り取り線 ☞ ) ----->

余 白

※大変お手数ですが、点線に沿って  
余白部分を切り取りのうえ、  
『問診票』をお持ちください。

余 白

( 切り取り )