問 診 票

長崎県対馬病院　産婦人科

＊最近１週間以内の島外から、もしくは　島外への移動があった　（はい・いいえ）

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 様　＿＿＿＿ 歳　　　記入日 ＿＿ 年 ＿＿ 月 ＿＿ 日

＊ご記入しにくいことがありましたら、あとで看護師か医師に直接お伝え下さい

(1)本日の受診理由は何でしょうか。

①妊娠の確認　妊婦健診　②子宮癌検診　③性器出血　④腹痛・腰痛
⑤月経のトラブル（痛み・量・不順など）　⑥性病検査・治療　⑦ピル処方
⑧陰部のかゆみ・おりもの・できもの　⑨不妊症検査・治療　⑩授乳中の乳房トラブル
⑪その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　）　⑫前回の続き

(2)いつからですか。（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

(3)最初に月経（初潮）があったのは何歳のときですか。　（　　　　）歳から

(4)一番最近の月経があったのはいつですか。　閉経された方は何歳まで月経がありましたか。
月　　　日から　　　日間　、または　（　　　）歳まで

(5)ご結婚されていますか。（はい・いいえ）　性交の経験がありますか（はい・いいえ）

(6)お産は何回されましたか。　　　回 →　（そのうち、早産されたことはありますか　　　回 ）
（帝王切開をされたことはありますか　　　回 ）

(7)流産や中絶をされたことはありますか。　流産　ない・ある（　　）回　　中絶　ない・ある（　　）回

(8)今までに産婦人科の病気や手術をしたことがありますか。
ない・ある（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

(9)産婦人科疾患以外の病気や手術、または輸血をされたことがありますか。　ない・ある
糖尿病・高血圧・結核・梅毒・薬アレルギー・じんましん・喘息・アトピー性皮膚炎・手術・輸血
その他・具体的に（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）
現在飲まれているお薬があれば記入して下さい。（　　　　　　　　　　　　）

(10)タバコは１日何本吸っていますか（非喫煙者は0本と書いて下さい）（　　　　　本）

(11)家族（血縁）の方で何か病気をされたことがある方はいらっしゃいますか。
いない・いる（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

～＊～

現在、月経がある方は以下もご記入下さい。（妊娠中の方は妊娠前の月経についてご記入下さい。）

(12)月経は規則的ですか。　（いいえ・はい）　　(13)何日間続きますか　（　　　）日間

(14)周期は何日毎にありますか。（　　　）日型（最初の日から次の月経が始まる日までの日数です）

(15)月経痛はひどいですか。　（いいえ・はい）　痛み止めを使われていますか。（いいえ・はい）

(16)月経のとき固まりが出たりしますか。　（いいえ・はい）

記入後は看護師にお渡し下さい。待ち時間が長くなることがありますがもうしばらくお待ち下さい。