

産婦人科外来問診表

カルテ No.

年 月 日

下記の質問に答えて受付にお渡し下さい。(あてはまるものに○印をつけて下さい)

お名前

年齢

I どうなさいましたか

- ①月経が止った ⑧しこり (おなか、陰部、 ⑩胸がどきどきする
 ②月経の異常 乳房) ⑩癌の検査
 ③月経と違った出血 ⑩尿がちかい ⑩子供が出来ない
 ④おりものが多い(赤、 ⑩排尿のとき痛む ⑩性生活の相談
 ピンク、褐色、黄色、 ⑩熱がある ⑩避妊の方法を知りたい
 白) ⑩頭痛、めまい、のぼせ ⑩性病の心配
 ⑤陰部がかゆい、痛い ⑩不眠、いらいら、肩こり ⑩分娩の希望 (当院、帰省、
 ⑥おなかが痛い ⑩食欲がない、はきけ その他)
 ⑦腰が痛い ⑩むくみ ⑩不快なこと()

II あなたの月経について

- ①はじめて月経をみた年齢 () 歳 (小・中学 年)
 ②何歳まで月経がありましたか () 歳
 ③最後の月経はいつでしたか
 年 月 日から 日間 (その前の月経は 月 日～ 日間)
 ④月経は順調 () 日型 不順
 (周期とは月経開始日より次の月経開始の前日迄の日数)
 ⑤月経は何日位続きますか () 日間
 ⑥月経の量は 多い 普通 少い
 ⑦月経の時痛みますか はい いいえ
 ⑧月経の時他にどこか悪いところはありますか はい いいえ

(裏もご記入ください)

