茅場町いとう医院
産婦人科･女性内科

年　　月　　日

産婦人科外来問診票

お名前＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

本日はどうなさいましたか？

□月経異常　□不正出血　□生理痛がひどい　□おりものの異常　□外陰部のかゆみ
□外陰部のできもの　□下腹部の痛み　□月経前に調子が悪い（ＰＭＳ）
□避妊相談（低用量ピル／子宮内避妊器具[ミレーナなど]）
□緊急避妊（アフターピル／ＩＵＤ）　月　日　時頃
□月経調整（次回月経予定日は？　月　日 ～　月　日頃）
（月経が来てほしくない期間は？　月　日から　月　日まで）
□妊娠したい
□妊娠できるか調べたい（不妊スクリーニング検査）
□妊娠しているか調べてほしい
→妊娠検査薬で検査しましたか？　□いいえ　□はい（検査日　月　日　結果　＋/－）
→妊娠している場合、どうされたいですか？　□妊娠継続　□中絶希望　□検討中
□妊婦健診希望
□検診希望（子宮頸がん／子宮体がん／（　））
□性感染症検査
□ブライダルチェック
□予防接種（子宮頸がん／インフルエンザ／風疹／その他（　））
□更年期障害（症状：　）
□その他（　）

ふだんの月経について

初潮は＿＿＿＿才　閉経は＿＿＿＿才
もっとも最近の月経はいつでしたか？　＿＿月＿＿日から＿＿＿日間
月経周期（間隔）は順調ですか？　□順調（＿＿＿日型）　□不順（＿＿日～＿＿日）
１回の月経は何日くらい続きますか？　＿＿＿日くらい
月経の量はいかがですか？　□少ない　□ふつう　□多い
生理痛はありますか　□ない　□ある（鎮痛剤の使用　□いつも　□ときどき　□使わない）

妊娠・出産について

妊娠　＿＿回　(そのうち　分娩　＿＿回　流産　＿＿回　中絶　＿＿回　子宮外妊娠　＿＿回)

分娩時期	出生体重（週数）	性別	分娩経過	児の状態	産後の経過
年　月	g（　週）		経膣/帝王切開/（　）	良/（　）	良/（　）
年　月	g（　週）		経膣/帝王切開/（　）	良/（　）	良/（　）
年　月	g（　週）		経膣/帝王切開/（　）	良/（　）	良/（　）

産婦人科の診察を受けたことはありますか？　□ある　□ない
性交経験はありますか？　□ある　□ない
子宮がん検査を受けたことはありますか？　□ある(子宮頸がん／子宮体がん)　□ない
→　最終検査　＿＿年＿＿月ごろ　結果（異常なし／あり（　））