



問診票

記入日 西暦

年 月 日

1. あなたについてお聞きします

お名前 _____

緊急連絡先(氏名) _____ (続柄) _____ (電話番号) _____

2. 受診の理由をお書き下さい。

- ・不正出血・腹部膨満感・腹痛などの症状があって受診(具体的に: _____)
その症状はいつからありましたか。 _____
- ・検診で異常を指摘された(具体的に: _____)
- ・その他: _____

3. あなたの月経について

月経が始まった年齢(初経): _____ 歳 月経が終わった年齢(閉経): _____ 歳

現在の月経について(月経がない場合は、月経があった時のことを思い出してお答え下さい)

月経の始まりから次の月経の始まりまでの日数(周期): _____ 日

月経の始まりから終わりまでの持続日数: _____ 日

月経の量: 少・普通・多(血の塊が出る)

月経痛: ない・軽い・中くらい・強い

最終月経(最も近い月経): _____ 月 _____ 日から _____ 日間

4. 結婚・妊娠について

今後の妊娠希望: あり なし

未婚 (性交経験: あり、 なし)

(パートナー: あり、 なし)

既婚 _____ 歳のとき結婚 _____ 歳のとき離婚

5. 妊娠・出産の経験(年代順にお答え下さい)

あなたの年齢	正常分娩、帝王切開・早産、死産	妊娠週数
		週
		週
		週
		週

自然流産: _____ 回 人工妊娠中絶: _____ 回

検診歴 最後に子宮頸がん検診を受けたのはいつですか。(_____ 年 _____ 月) もしくは(_____ 年 _____ か月前)

血縁者に遺伝性疾患：なし・あり()

血縁者にがん：なし・あり

大腸がん：なし・あり()

乳がん：なし・あり()

子宮体がん：なし・あり()

卵巣がん：なし・あり()

その他のがん：なし・あり()

6. あなたの生活

・ふだんの生活はどれに一番近いですか。数字に○をつけてください。

0	まったく問題なく活動できる。発症前と同じ日常生活が制限なく行える。
1	肉体的に激しい活動は制限されるが歩行可能で、軽作業や座っての作業ができる。
2	歩行可能で身の回りのことは可能だが作業はできない。日中の50%以上はベッド外で過ごす。
3	限られた身の回りのことしかできない。日中の50%以上はベッド上で過ごす。
4	身の回りのことはできない。日中はほぼベッド上で過ごす。

・同居家族はいますか。(例：夫、長男)

・別居でも療養をサポートしてくれる身内の方はいますか。(例：長女 船橋在住)

今後の治療について、心配なことやご希望はありますか。

(例：妊娠を希望しているので、今後妊娠ができるかどうか心配。仕事をしているので入院をなるべく短期間にしたい。独居なので治療中にサポートしてくれる人がいない。など)