



問診票

記入日 西暦 年 月 日

お名前 _____ 年齢 _____ 歳
緊急連絡先(氏名) _____ (続柄) _____ (電話番号) _____

1. あなたの月経について

初め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: 多(血の塊が出る)・普通・少

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

二番目に近い月経: _____ 月 _____ 日から _____ 日間(分かれればお書き下さい)

月経痛(当てはまるものに○をつけてください)

ない	軽い	中くらい	強い
	仕事や家事に少し差し支える	仕事や家事に差し支える。横になって休憩したくなる。	仕事や家事ができない。寝込んでしまう(1日以上)。

月経痛の薬の使用(月経毎に異なる場合は、両方に○をつけて解答して下さい)

使わない	使う
	使用する薬名: _____ 使用する日数: _____ 日間(月経期間毎) 使用する量: 1回 _____ 錠、1日 _____ 回

腰痛: ない、軽い、強い 嘔気: ない、軽い、強い いろいろなど: ない、軽い、強い

2. 結婚について

未婚(性交経験: あり、なし)
(パートナー: あり、なし)
(妊娠希望: 現在あり、すぐではないが将来的にあり、なし)
既婚 _____ 歳のとき結婚
(妊娠希望: 現在あり、すぐではないが将来的にあり、なし)

3. 妊娠・出産の経験(年代順にお答え下さい)

あなたの年齢	日付(西暦など)	流産・中絶・分娩、子宮外妊娠、胎状奇胎	分娩の経過 正常分娩、帝王切開、早産、死産	出生時体重 妊娠週数
		流産・中絶・分娩		g 週
		流産・中絶・分娩		g 週
		流産・中絶・分娩		g 週

(それ以降:

4. 婦人科受診歴: なし、あり(最後の受診時期: _____)
子宮がん検診受診歴: なし、あり(最後の受診時期: _____)