

問診票

令和 年 月 日

氏名 _____ () 歳

1 本日受診した症状についておたずねします。

症状の内容: _____

発症時期、経過: _____

他の医療機関からの紹介状を持っていますか? はい いいえ

2 月経についておたずねします。

月経の有無 ある (ある方は以下も記入して下さい) ない (閉経 _____ 歳)

初めての月経: _____ 歳

最終月経: _____ 年 _____ 月 _____ 日より _____ 日間

月経周期: 順調 _____ 日周期 / 不順 _____ 日 ~ _____ 日周期

月経持続日数: _____ 日間

月経量 多い 普通 少ない

月経痛: かなり強い 強い 普通 弱い ほとんどない

鎮痛剤服用: なし ある (薬品名: _____) 効果: ある ない

3 今までの妊娠、出産等についておたずねします。

性交の経験がありますか? ある ない

今までに妊娠したことがありますか? ある ない

妊娠したことがある方へおたずねします。

流産 () 回 中絶 () 回

出産 () 回 → (自然分娩 _____ 回 帝王切開 _____ 回)

4 この1年間で子宮がん検診を受けていますか?

いる いない

検査の時期	検査部位	検査結果
年 月	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん <input type="checkbox"/> 子宮体がん	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり
病院、施設名 ()	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん・体がん 両方行った	異常を指摘されたのは、 <input type="checkbox"/> 子宮頸がん <input type="checkbox"/> 子宮体がん

本日子宮がん検診をご希望されますか? はい いいえ

