

婦人科健診質問票

平成 年 月 日記入

(ふりがな)	
受診者名	
生年月日	昭和・平成 年 月 日生 (歳)
ご住所	〒
電話番号 携帯	
ご自宅	
お勤め先	

下記の項目にお答えください

①今までに婦人科疾患にかかった事がありますか (はい ・ いいえ)

「はい」の方はご記入下さい、又手術をされたことがあればそれもご記入下さい

()

()

()

②現在、生理はありますか (はい ・ いいえ)

「はい」の方…最終月経はいつでしたか (月 日～ 月 日)

「いいえ」の方…閉経したのはいつですか ()歳頃

③性交渉の経験はありますか (はい ・ いいえ)

④妊娠したことがありますか (はい ・ いいえ)

「はい」の方…妊娠回数 ()回

分娩回数 ()回

帝王切開回数 ()回

⑤現在、妊娠の可能性はありますか (はい ・ いいえ)

⑥不正出血がありますか (はい ・ いいえ)

⑦生理不順がありますか (はい ・ いいえ)