

婦人科健診質問票

令和 年 月 日記入

(ふりがな)	
受診者名	
生年月日	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ください

()
()
()

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)

⑧ホルモン剤（低用量ピル）を使用していますか (はい ・ いいえ)