

問 診 票 【 婦 人 科 】

| | | | |
|------|---|---------------|----------------|
| フリガナ | | 受 診 日 | |
| 氏 名 | | 生 年 月 日 | S・H 年 月 日 (歳) |
| 住 所 | 〒 | TEL | |
| | | 個人メール アドレス | |

◆以下の質問は、婦人科・乳房健診をおこなう為に重要な事項ですので、正確にご記入ください。

- ① 初潮 (歳)
- ② 閉経 (歳)
- ③ 最終月経 年 月 日 から 日間
- ④ 月経周期 日周期 (順 ・ 不順)
- ⑤ 性交渉 (なし ・ あり)
- ⑥ 妊娠歴 (なし ・ あり)
 分娩 回 (帝王切開 回)
 最後に分娩または流産したのは何歳ですか? 歳
- ⑦ 既往歴 乳房の病気 1. なし 2. 乳腺症 3. 乳腺炎 4. その他 ()
 婦人科の病気 1. なし 2. 子宮筋腫 3. 卵巣嚢腫 4. その他 ()
 手術歴 (病名: : 歳)
 豊胸 (シリコン ・ ヒアルロン酸 ・ 脂肪 ・ その他 ()
- ⑧ ホルモン剤使用の有無 1. なし 2. あり (種類: 期間:)
- ⑨ 家族歴 乳がん 1. なし 2. あり (母 ・ 姉妹 ・ 祖母 ・ 叔母 ・ その他)
 子宮がん 1. なし 2. あり (母 ・ 姉妹 ・ 祖母 ・ 叔母 ・ その他)
 卵巣がん 1. なし 2. あり (母 ・ 姉妹 ・ 祖母 ・ 叔母 ・ その他)
- ⑩ 現在妊娠していますか 1. はい 2. いいえ 3. 可能性あり
- ⑪ 現在生理中ですか 1. はい (日目) 2. いいえ

★ 乳房検査をお受けになる方にお伺いいたします。

1. 乳房のしこり 1. なし 2. あり (右 ・ 左)
2. 乳房の痛み 1. なし 2. あり (右 ・ 左)
3. 乳房のただれ 1. なし 2. あり (右 ・ 左)
4. 乳頭からの異常分泌 1. なし 2. あり (右 ・ 左) 血液 ・ 透明 ・ 黄色 ・ 白色
5. 脇の下のしこり 1. なし 2. あり (右 ・ 左)

★ 婦人科検査をお受けになる方にお伺いいたします。

1. 月経痛 1. なし 2. あり (軽い ・ 重い)
2. 月経の出血量 1. 小量 2. 中 3. 多い
3. 不正出血 1. なし 2. あり

ご記入頂きました内容は、検査・診断の参考とさせていただきます目的で使用し、当クリニックのプライバシーポリシーに基づき厳重に管理致します