

川間太田産婦人科医院 産婦人科外来問診表

カルテ No.

年 月 日

お名前 _____

年齢 _____ 歳

■下記の質問に答えて受付にお渡し下さい。(あてはまるものに○印をつけて下さい)

●どうなさいましたか

- | | |
|----------------------------|-----------------------|
| 1, 月経が止った | 13, 不眠、いらいら、肩こり |
| 2, 月経の異常 | 14, 食欲がない、はきけ |
| 3, 月経と違った出血 | 15, おくみ |
| 4, おりものが多い (赤、ピンク、褐色、黄色、白) | 16, 胸がドキドキする |
| 5, 陰部がかゆい、痛い | 17, 癌の検査 |
| 6, おなかが痛い | 18, 子供が出来ない |
| 7, 腰が痛い | 19, 性生活の相談 |
| 8, しこり (おなか、陰部、乳房) | 20, 避妊の方法を知りたい |
| 9, 尿がちかい | 21, 性病の心配 |
| 10, 排尿のとき痛む | 22, 分娩の希望 (当院、帰省、その他) |
| 11, 熱がある | 23, 不快なこと () |
| 12, 頭痛、めまい、のぼせ | |

●あなたの月経について

- ①はじめて月経をみた年齢 () 歳 (小・中学 年)
- ②何歳まで月経がありましたか () 歳
- ③最後の月経はいつでしたか
年 月 日から 日間 (その前の月経は 月 日～ 日間)
- ④月経は順調 () 日型 不順
(周期とは月経開始日より次の月経開始の前日の日数)
- ⑤月経は何日位続きますか () 日間
- ⑥月経の量は 多い 普通 少い
- ⑦月経の時痛みますか はい いいえ
- ⑧月経の時他にどこか悪いところはありますか はい いいえ

