

西山産婦人科外来問診票

（記入日） <情報セキュリティ文書>
年 月 日

*この問診票による患者様の個人情報は、当院にて診察を始めるにあたり、
治療上必要な情報となります。ご理解の上、ご記入ください。
下記の質問に答えて受付にお渡しください。（あてはまるものに○をつけてください）

（ふりがな）

お名前		（ 歳）	
身長	cm	体重	kg
血液型は	型RH（+・-）		
生年月日	年	月	日
結婚年月日	年	月	日
住所 〒			
電話番号	携帯番号		
緊急連絡先	あなたの職業		

I どうなさいましたか

- | | | |
|---------------------|-------------|-------------|
| ①月経が止まった | ⑨尿が近い | ⑱性生活の相談 |
| ②月経の異常 | ⑩排尿の時、痛む | ⑲子どもができない |
| ③月経と違った出血 | ⑪熱がある | 不妊期間（ 月） |
| ④おりものが多い | ⑫頭痛、めまい、のぼせ | 避妊期間（ 月） |
| ⑤陰部がかゆい、痛い | ⑬不眠、行行、肩こり | 不妊治療経験（有・無） |
| ⑥おなかが痛い | ⑭食欲がない、吐き気 | ⑳その他 |
| ⑦腰が痛い | ⑮ガンの検査 | （ ） |
| ⑧しこり（おなか、
陰部、乳房） | ⑯避妊の方法を知りたい | |
| | ⑰性感染症の心配 | |

II 今までに受けられた不妊治療や検査についてご記入ください

（ ）
（ ）

III あなたの月経について

- ①はじめて月経がきた年齢（ ）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までの日数）
⑤月経は何日ぐらい続きますか（ ）日間
⑥月経の量は 多い 普通 少ない
⑦月経の時、痛みますか はい（腹部・腰） いいえ
⑧月経の時、他にどこか気になる場所はありますか はい（ ） いいえ

