社会医療法人 三宝会　南港ユマニテ病院　婦人科　問診票

受診日　　年　　月　　日

お名前　（Name）	年齢（Age）	生年月日（Date of Birth）	受診歴
フリガナ： 様	歳	明・大・昭・平・令 年　月　日　生	□あり □なし

自宅住所（Current Address）		電話番号　（Phone Number）	
〒			
職業		結婚　□ 未婚　□ 既婚　□ 離婚　□ 死別	
身長	㎝	体重	kg

※　□に✓を入れてください。

ラテックス（ゴム）アレルギーがありますか？

金属アレルギーがありますか？

金属アレルギーがあり婦人科を受診されたことがある方で、診察の機械で気分が悪くなったことはありますか？

●本日はどうされましたか？

□妊娠かどうか　□ 出産する　□ 出産しない
□妊娠反応簡易検査　□ した　□ していない　結果：□（－）□（＋）　検査日：　月　日
□生理の異常　□ 生理不順　□ 生理痛　□ 量が多い　□ その他　□かゆみ　□不正出血
□痛み　□ 腹痛　□ 腰痛　□ 頭痛　□ その他　□おりもの　□性感染症
□子宮がん検診（頚がん　体がん）
□ 月経前症（PMS）　□更年期（・冷え　・のぼせ　・肩こり　・その他（　　）
□妊娠希望
□緊急避妊　□ピル希望　□月経移動（避けたい日　　月　　日～　　月　　日）
※上記に当てはまらない場合や、具体的な症状・相談内容があればご記入ください。

いつからですか

月経歴　初潮：　　歳　□ 順調　□ 不順　□ 閉経している（　　歳）
一番最近の月経は　　月　　日から　　日間
出血量　□ 少量　□ 普通　□ 多量
月経時・月経前の症状　□ 腹痛　□ 腰痛　□ 乳房痛　□ 頭痛　□ その他
妊娠・出産歴　□ なし　□ あり　妊娠：　　回　出産：　　回

第1子	年	男　女	g	正常　異常　帝王切開
第2子	年	男　女	g	正常　異常　帝王切開
第3子	年	男　女	g	正常　異常　帝王切開

自然流産　　回　　子宮外妊娠　　回

※お手数ですが裏面もご記入下さいますようお願い致します。

～下記の質問にお答え下さい～

1.筋腫があると言われたことがありますか　ある□　ない□
2.内診をしてもよろしいですか　ある□　ない□
3.性交経験がありますか　ある□　ない□
4.治療または経過観察が必要な病気にかかったことがありますか　ある□　ない□
何歳の時に
何歳の時に
5.現在治療中または経過観察中の病気がありますか　ある□　ない□
病名：
かかっている医療機関名：
担当医師名：
6.現在服用中の薬はありますか　ある□　ない□
お薬名
7.食事やお薬でアレルギーはありますか　ある□　ない□
それはなんですか
8.手術（帝王切開を含む）を受けたことはありますか　ある□　ない□
歳のときに
歳のときに
9.血縁のご家族に以下の病気はありますか
□ 高血圧　□ 糖尿病　□ 脳卒中　□ 心臓病　□ がん　□ 膠原病　□ 甲状腺疾患　□ 精神疾患
10.輸血を受けたことがありますか　ある□　ない□
11.アルコールは飲みますか　はい□　いいえ□
飲む場合　週　回　を　㎖
12.喫煙をしますか　する□　しない□
喫煙する場合　1日　本
13.当院を受診したきかっけは何ですか

□ 屋外看板　□ 広告　□ ホームページ　□ 近所の紹介　□ 勤務先の紹介　□ その他

★ ご記入ありがとうございました。

検査等の時間の兼ね合いでお呼びする順番が入れ替わる場合がありますのでご了承ください。
その他のご質問など些細なことでも結構ですので何かお困りでしたら受付スタッフにお申し付けください。
当法人は原則として全科予約制を導入しております。予約診察の方が優先されますので予めご了承ください。
インターネットを使った予約も可能です。詳細はホームページをご確認ください。
患者様のプライバシーを考慮し、呼び出しの際にはお名前ではなく受付時にお渡しする番号用紙の番号にてお呼びさせていただきます。お手持ちの番号用紙は診察終了後もなくさずにお持ちください。
携帯呼び出しサービスを実施しております。診察終了後に院外でご用事があるなどの場合は会計精算が済み次第、患者様の携帯電話に連絡をさせていただきます。ご希望の方は受付までお申し出ください。
本日患者様にご記入頂いた問診票は、初診カルテ作成、患者情報入力並びに初診担当医師の診療をスムーズに進行させる目的のためだけに利用させて頂きます。

社会医療法人 三宝会　南港ユマニテ病院
2026年11月1日改訂