

# 月経問診票

年 月 日		きたなかこども成長クリニック		
ふりがな		年齢	身長	体重
お名前			cm	kg

■来院された理由を教えてください。 当てはまるものの口に入力してください。

<input type="checkbox"/> 生理痛 何日目ごろ ( ) どこ (お腹・腰痛・頭痛・その他) ) 使用薬剤 (薬の名前: 1日何回: )	<input type="checkbox"/> 生理が来ない 最後に来た生理 ( 月 日 ~ 月 日 ) <input type="checkbox"/> おりものが多い <input type="checkbox"/> 生理の日を動かしたい (自費) 避けたい日 ( 月 日 ~ 月 日 ) <input type="checkbox"/> 避妊をしたい (自費) ( ピル ・ 緊急避妊 )
<input type="checkbox"/> 生理に関する症状がある 何日目ごろ ( ) どのような症状 ( ) 使用薬剤 (薬の名前: 1日何回: )	<input type="checkbox"/> 生理不順 <input type="checkbox"/> その他 ( )

■あなたについて教えてください

①一番最近の月経はいつありましたか 【 年 月 日から 日間】

②はじめての月経は何歳のときですか 【 年 月 ( 歳 か月)】

③最近6か月の月経の周期は ( おおむね規則的 ・ 不規則 )  
→「規則的」と答えた方は何日ごとですか? ( 日 )  
→「不規則」と答えた方 (最も短かった時 日) (最も長かった時 日)

④月経時の出血の続く日数は何日ですか? 【 日】

⑤月経の量について教えてください 【 少ない・ふつう・多い・血のかたまりが出る 】

⑥月経時、苦痛がありますか?【ほとんどない・多少ある・がまんできない・日常生活に差し支える】  
→「苦痛がある」と答えた方 (症状: 腰痛・腹痛・頭痛・下痢・便秘・その他 )

⑦性交経験 ( なし ・ あり )

⑧にきび ( 多い ・ ふつう ・ ない )

■今までの病気について

①今までにかかった病気はありますか  
なし ・ あり ( 高血圧 ・ 喘息 ・ 甲状腺疾患 ・ その他 )

②現在治療中の病気はありますか  
いいえ ・ はい ( 病名と治療: )

■ご家族について

①お母様の月経について  
\*初潮 ( ) 歳 \*生理痛 ( なし ・ あり )  
\*若い頃の生理不順 ( なし ・ あり ) \*不妊 ( なし ・ あり )

②ご家族に以下の病気がありますか?あれば ( ) 内に父・母等あなたとのご関係をご記入ください。  
高血圧 ( ) ・ 糖尿病 ( ) ・ 心筋梗塞 ( ) ・ 脳卒中 ( ) ・ 血栓症 ( )

※お書きいただいた情報は診療目的以外には使用いたしません