

婦人科初診問診票

記入日：

氏名	
年齢	
身長	
体重	
BMI	
主訴（今日はどうされましたか？）	
<input type="checkbox"/> 月経移動 <input type="checkbox"/> おなかが痛い <input type="checkbox"/> 外陰部がかゆい <input type="checkbox"/> 更年期相談	
<input type="checkbox"/> 月経相談	
<input type="checkbox"/> 月経量が多い <input type="checkbox"/> 月経痛がつらい <input type="checkbox"/> 周期が不規則	
<input type="checkbox"/> その他（自由記載）	
<input type="checkbox"/> PMS	
<input type="checkbox"/> イライラ、落ち込み <input type="checkbox"/> 倦怠感、疲労感 <input type="checkbox"/> 眠気	
<input type="checkbox"/> その他（自由記載）	
<input type="checkbox"/> おりものの異常	
<input type="checkbox"/> 量が多い <input type="checkbox"/> 色の変化 <input type="checkbox"/> におい	
<input type="checkbox"/> おりものの異常	
<input type="checkbox"/> 量が多い <input type="checkbox"/> 色の変化 <input type="checkbox"/> におい	
<input type="checkbox"/> 不正出血	
（出血した日： ）	
<input type="checkbox"/> その他（自由記載）	
<input type="checkbox"/>	
症状はいつからありますか？	
約（ ）日・週間・か月 前から	

