

婦人科外来問診票

★★★裏にも続きます すべてに記入して下さい★★★

氏名 _____ ()才 職業 (現在 _____ 結婚前 _____)

I 今日来院された理由は？

※一次がん検診は行っていません。

- (1)生理が止まった
- (2)月経が不順
- (3)月経の量が(多い・少ない)
- (4)月経以外の出血がある
- (5)下腹が痛い
- (6)陰部がかゆい
- (7)おりものが多い(_____ 色)
- (8)検診で精査必要
- (9)癌の疑い
- (10)子宮筋腫
- (11)卵巣嚢腫
- (12)その他(_____)

いつ頃からどのようにその症状がありますか

II 他の医療機関からの紹介状はありますか？

いいえ・はい(医療機関名: _____)

III あなたの月経についてお答え下さい

- (1)一番最近の月経は _____ 年 _____ 月 _____ 日から(_____)日間 /量はいつもと(同じ・少ない)
- (2)初経(_____)才
- (3)月経周期は順調→(_____)日型 /不順→(_____)日型から(_____)日型
- (4)月経の量は(少ない・普通・多い)
- (5)生理痛(強い・普通・なし)
- (6)閉経(_____)才

IV あなたの結婚・妊娠・分娩についてお答え下さい

- (1)未婚・既婚 (_____)才の時結婚
- (2)性交経験はありますか(はい・いいえ)
- (3)御主人は現在(_____)才・職業(_____)
- (4)不妊の治療を受けたことが(無・有)→いつ・治療内容(_____)

★★妊娠回数、分娩回数など、正確に記入してください。★★

		妊娠: _____ 回(今回の含まない回数)・分娩 _____ 回(死産 _____ 回)・流産 _____ 回・中絶 _____ 回							
妊娠・分娩歴	年 月	分娩場所	妊娠中経過	分娩	産後	児	栄養方法	その他	
	1			異常なし あり	経膈分娩 帝王切開 吸引分娩 鉗子分娩	異常なし あり	男・女 g	母乳 混合 人工	
	2			異常なし あり	経膈分娩 帝王切開 吸引分娩 鉗子分娩	異常なし あり	男・女 g	母乳 混合 人工	
	3			異常なし あり	経膈分娩 帝王切開 吸引分娩 鉗子分娩	異常なし あり	男・女 g	母乳 混合 人工	
	4			異常なし あり	経膈分娩 帝王切開 吸引分娩 鉗子分娩	異常なし あり	男・女 g	母乳 混合 人工	
	5			異常なし あり	経膈分娩 帝王切開 吸引分娩 鉗子分娩	異常なし あり	男・女 g	母乳 混合 人工	

裏へ続きます。

V 今までにかかった病気や受けた手術についてお答え下さい

☆何才で、治療内容(入院・通院等)

卵巣のう腫(無・有) 才 子宮筋腫(無・有) 才

性病(無・有) 才

定期的な婦人科の健康診断を受けて(いない・いる) → 検診で異常(あり・なし)

高血圧(無・有) 才 腎臓病(無・有) 才

心臓病(無・有) 才 糖尿病(無・有) 才

肝臓病(無・有) 才 甲状腺疾患(無・有) 才

喘息(無・有) 才 虫垂炎(無・有) 才

輸血を受けた(無・有) 才 アレルギー疾患(無・有) 才

精神疾患(無・有) 才 その他(無・有) 才

●薬のアレルギー(無・有) 薬品名など()

●常用薬(無・有) 薬品名など()

VI 最近のあなたについてお答え下さい

*身長()cm 普通の体重()kg

(1)食欲はありますか(ある・ふつう・なし) (2)よく眠れますか(はい・いいえ)

(3)便(毎日・便秘ぎみ 回/日・下痢ぎみ) (4)尿(正常・回数が多い 回/日・排尿不快・痛み・残尿感)

(5)たばこ(吸わない・吸う)

喫煙状況:紙巻きタバコ(種類) (1日使用数: 本× 年)

加熱式タバコなど(種類:) (1日使用数: / 年)

電子タバコの使用の有無(無・有)

★紙巻きタバコと他のタバコを併用している場合、全てご記入お願い致します。

禁煙状況:(年前/ ヶ月前/ 日前 から禁煙)

受動喫煙状況:同居者で喫煙している人はいますか。(喫煙者の続柄:)

(6)酒(毎日飲む 合/日・たまに飲む・飲まない)

VII 家族歴についてお答え下さい

※あなたの両親・兄弟・子供・祖父母など、血縁者の方で下記の病気になった方、死亡された方について具体的に記入して下さい。

(1)がん(無・有) 誰が (5)脳卒中(無・有) 誰が

(2)結核(無・有) 誰が (6)肝臓病(無・有) 誰が

(3)糖尿病(無・有) 誰が (7)喘息(無・有) 誰が

(4)高血圧(無・有) 誰が (8)その他(無・有) 誰が

VIII 6ヶ月以内の海外渡航歴がありますか(無・有) いつ頃 どこへ

IX 病名告知の希望について 病名の告知を(してほしい・しないでほしい)

X 現在、他の病院などに入院中ですか(無・有) 医療機関名

XI マイナ保険証による診療情報に同意しましたか(いいえ・はい)

XII 1年以内に健診は受けましたか(無・有) いつ頃 指摘事項

XIII その他 ※病院から連絡をとらせて頂く場合の連絡先 本人TEL

※外国の方は日本語が分かる方の電話先 TEL
名前
続柄

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。