

婦人科外来問診表

| | |
|-----------|----------------|
| フリガナ | 生年月日 |
| 氏 名 | 昭・平 年 月 日 (才) |
| 住 所 〒 - | |
| 電話番号 (自宅) | (携帯) |

【血液型 型 Rh + - 】 【身長 cm】 【体重 kg】

| | |
|---------------------------------|--|
| 受診理由 | () |
| | <input type="checkbox"/> 子宮がん検診希望 → 半年以内に不正出血がありましたか？ (ない ・ ある) |
| | <input type="checkbox"/> 検診で指摘された → 子宮筋腫、 子宮内膜症、 卵巣嚢腫、 その他 () |
| | <input type="checkbox"/> 不正性器出血 (月 日 ~ 日間) <input type="checkbox"/> 陰部のかゆみ <input type="checkbox"/> 陰部のできもの |
| | <input type="checkbox"/> 月経不順 <input type="checkbox"/> 月経痛が強い <input type="checkbox"/> 月経量が多い <input type="checkbox"/> 月経前後の体調不良 |
| | <input type="checkbox"/> おりものの異常 → <input type="checkbox"/> 量が多い <input type="checkbox"/> 匂いが気になる <input type="checkbox"/> 色が (白い ・ 黄色い ・ 茶色い) |
| | <input type="checkbox"/> 更年期障害 <input type="checkbox"/> 月経をずらしたい <input type="checkbox"/> 避妊目的のピル希望 <input type="checkbox"/> 緊急避妊希望 |
| | ● いつ頃から症状がありますか？ () |
| ● 何かきっかけや原因になるものはありましたか？ () | |
| 月経 | 初 経 _____才 |
| | 直近の月経歴 月経開始日： _____月 日 出血の持続： _____日間 |
| | 前回の月経歴 月経開始日： _____月 日 出血の持続： _____日間 |
| | 月 経 周 期 _____日 ~ _____日 ※月経開始日から次の月経開始日までの期間を月経周期といいます。 |
| | 月 経 量 (多 ・ 中 ・ 少) 月 経 障 害 (ない ・ ある) |
| | 閉 経 _____才 |
| 性経験 | 性交 (セックス) の経験がありますか？ ない ・ ある |
| 結婚歴 | 西暦 年 月 (才) ・ 未婚 |
| 妊娠歴 | 妊娠したことがありますか？ ない ・ ある ☺ |
| | ※ない場合は「0」をご記入下さい。 |
| | 流産 (_____回) 西暦 年 月 / 年 月 / 年 月 |
| | 人工妊娠中絶 (_____回) 西暦 年 月 / 年 月 / 年 月 |
| | 子宮外妊娠 (_____回) 西暦 年 月 / 年 月 / 年 月 |
| 分娩 (_____回) 西暦 年 月 / 年 月 / 年 月 | |
| | 自然分娩 () 鉗子分娩 () 吸引分娩 () 帝王切開 () |

| | |
|------------|--|
| 子宮頸がん | 子宮頸がん検診を受けたことがありますか？ ない・ある |
| | 最終検診 西暦 年 月 : 正常・異常 () |
| 過去の 病気 | 今までに病気をしたことがありますか？ ない・ある → ※ 現在治療中のものから、過去に治療したものも含めご記入ください。 |
| | <input type="checkbox"/> 子宮筋腫 (手術:あり・なし) <input type="checkbox"/> 卵巣チョコレート嚢胞 (手術:あり・なし) <input type="checkbox"/> 子宮腺筋症 |
| | <input type="checkbox"/> 気管支喘息 <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 |
| | <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 |
| | <input type="checkbox"/> 血液感染症 (B型肝炎・C型肝炎・梅毒・HIV) <input type="checkbox"/> 性感染症 (クラミジア・淋病・その他) <input type="checkbox"/> その他 () |
| 過去の 手術 | 今までに手術をしたことがありますか？ ない・ある |
| | 西暦 年 月 (歳)の頃 手術名: |
| | 西暦 年 月 (歳)の頃 手術名: |
| 既往 | 日常的に飲んでいる薬・サプリメントはありますか？ ない・ある () |
| | 注射・薬等で気分が悪くなったことはありますか？ ない・ある () |
| | アレルギーはありますか？ () |
| | 薬剤 (ない・ある) |
| | 食物 (ない・ある) |
| | その他 (ない・ある) |
| | ご本人・ご家族に血栓症の既往はありますか？ (ない・ある) |
| ご家族 の既往 | ご家族の中に下記の病気をしたことがある方はいますか？ ない・ある |
| | ●婦人科疾患 (乳がん・卵巣がん・その他) |
| | ●その他 (糖尿病・高血圧・脳梗塞・その他) |
| 嗜好 | 喫煙の習慣 ない・ある (1日 本 喫煙開始年齢 才から)・ 才で禁煙 |
| | 飲酒の習慣 ない・ある (毎日飲む・ときどき飲む) 1回の飲酒量 () |
| その他 | ●会計の際に、領収証とは別に「診療明細書」※無料 の発行を (希望する・希望しない) |
| | ●谷口眼科を受診したことが (ない・ある →※いつ頃?) |
| | ●当院をどのようにしてお知りになりましたか？ <input type="checkbox"/> 他院の紹介 (病院名 紹介状: あり・なし) <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 看板 |
| | <input type="checkbox"/> 知人の紹介 (紹介者) <input type="checkbox"/> 新聞広告 <input type="checkbox"/> その他 () |

※取得した個人情報は、当院の個人情報保護規定の利用目的以外には利用いたしません。