

婦人科外来問診票

フリガナ 氏 名	生年月日 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たします。
	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 ( ) ●マイナ保険証での受診の方にお尋ねします。あなたの診療情報 (服薬歴・健診歴など) を当院が取得することに同意されましたか？ <input type="checkbox"/> 同意した <input type="checkbox"/> 同意していない 当院では診療情報を取得・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。 医療情報・システム基盤整備体制充実加算 (初診時) 加算1 6点、加算2 2点 (マイナ保険証を利用した場合)

※取得した個人情報、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。