

婦人科外来問診票

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 ( ) ●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 4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。