

問診票

初診日 平成____年____月____日

お名前 _____ 生年月日 昭和・平成____年____月____日

年齢(満) ____歳 身長____cm 体重____kg ご職業 _____

1) 今日はどうなことで受診されましたか？(あてはまる項目に○をつけて下さい)

- | | |
|-----------------------------------|-------------------------------|
| 1. 子供が出来ない。 | 9. 避妊ピル希望(常用・緊急) |
| 2. 流産を繰り返す。 | 10. 生理痛 |
| 3. 出血があった。 | 11. 生理の量が多い。 |
| 4. 生理不順 | 12. 子宮がん検診希望(頸癌・体癌) |
| 5. おりものが多い | 13. 妊娠しているかどうか
(分娩希望・中絶希望) |
| 6. 陰部のかゆみ・痛み・腫れ | 14. お腹が痛い |
| 7. 更年期障害の相談
(ほてり・発汗・イライラ・不眠など) | 15. その他() |
| 8. 避妊の相談 | |

2) あなたの月経について

- ①初めての月経は何歳の時でしたか。 ____歳
- ②月経周期(月経が始まった日から次の月経の前日までの期間)は順調ですか不順ですか。
順調(____日間) 不順(1週間以上のずれがある)(短い時____日間、長い時____日間)
- ③月経は何日間続きますか。 ____日間
- ④月経時、下腹痛や腰痛はありますか。 あり：痛み止めは使いますか(はい・いいえ)・ない
- ⑤月経の量はどのくらいだと感じますか。 多い(血のかたまりがある・ない)・普通・少ない
- ⑥最近の月経はいつからでしたか。平成____年____月____日から____日間
- ⑦閉経(1年以上月経がない)の年齢は何歳でしたか。 ____歳

3) 結婚について(あてはまる項目に○をつけて下さい)

結婚(昭和・平成____年____月 ____歳・離婚(____歳・死別(____歳)・未婚

4) 妊娠歴について

妊娠された事がありますか。 はい(____回)・いいえ

出産された事がありますか。 はい(____回)・いいえ

妊娠・出産歴がある方へ：分かる範囲でいいですので下記にご自身の妊娠歴をご記入下さい。

1回目 ____歳：経膈分娩(____週____g 男・女)・流産(____週)・中絶(____週)
帝王切開(____週____g 男・女 手術理由_____)

- 2 回目 _____ 歳：経膈分娩（ _____ 週 _____ g 男・女）・流産（ _____ 週）・中絶（ _____ 週）
帝王切開（ _____ 週 _____ g 男・女 手術理由 _____ ）
- 3 回目 _____ 歳：経膈分娩（ _____ 週 _____ g 男・女）・流産（ _____ 週）・中絶（ _____ 週）
帝王切開（ _____ 週 _____ g 男・女 手術理由 _____ ）
- 4 回目 _____ 歳：経膈分娩（ _____ 週 _____ g 男・女）・流産（ _____ 週）・中絶（ _____ 週）
帝王切開（ _____ 週 _____ g 男・女 手術理由 _____ ）
- 5 回目 _____ 歳：経膈分娩（ _____ 週 _____ g 男・女）・流産（ _____ 週）・中絶（ _____ 週）
帝王切開（ _____ 週 _____ g 男・女 手術理由 _____ ）

5) 今までにかかったことのある主な病気、受けた手術、健康状態について

- ① 今までに何か大きな病気にかかった事や手術をした事がありますか。 はい・いいえ
はいと答えられた方へ：高血圧（ _____ 歳） 糖尿病（ _____ 歳） 甲状腺機能障害（ _____ 歳）
腎臓病（ _____ 歳） 肝臓病（ _____ 歳） ぜんそく（ _____ 歳）
心臓病（ _____ 歳） 結核（ _____ 歳） 高脂血症（ _____ 歳）
その他（ _____ ）
手術： _____（ _____ 歳） _____（ _____ 歳）
- ② 現在、飲んでいる薬はありますか。 はい（ _____ ）・いいえ
- ③ これまでに使った薬や注射で、気分が悪くなったり、発疹が出るなどの副作用を起こした事がありますか。 はい（何の薬ですか _____ ）・いいえ
- ④ アレルギー体質と思われませんか。 はい（何のアレルギーですか _____ ）・いいえ
- ⑤ タバコは吸われますか。 はい（1日 _____ 本 _____ 歳頃から）・いいえ
- ⑥ 飲酒はされますか。 はい（ほぼ毎日・週2～3日・たまに）・いいえ
はいと答えられた方へ：1回の飲酒量はどれぐらいですか。
[ビール _____ ml、日本酒 _____ 合、焼酎 _____ 合、その他（ _____ ） _____ ml]
- ⑦ 食欲はありますか。 はい・いいえ
- ⑧ 熟睡はできていますか。 はい・いいえ
- ⑨ 便通はいいですか。 はい・いいえ

6) 本日、特に相談されたい事があればご記入下さい。

連絡先電話番号（携帯 _____ ご自宅 _____ ）

ご住所 〒 _____

緊急時連絡先：検査結果や処置時間の変更などで連絡が必要な場合がありますので、必ずご記入下さい。

クリニックからのお電話は（個人名で・病院名で）（携帯に・ご自宅に・どちらでも可）かけてほしい。

お留守の場合、留守番電話にて内容をお伝えしてもよろしいですか？（はい・いいえ）