

問診票

初診日 令和____年____月____日

お名前 _____ 生年月日 昭和・平成・令和 ____年____月____日
年齢(満) ____歳 身長 _____cm 体重 _____kg ご職業 _____

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。

1) 今日どのよ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. 生理予定日をずらしたい |
| 8. 避妊の相談 | 16. その他() |

*1,2,8,9,12,13 以外の症状の方:

- ①その症状はいつごろからありますか: _____
②その症状は発症後どのように経過してきましたか: _____

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。 ある: 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・令和____年____月____歳)・離婚(____歳)・死別(____歳)・未婚

4) 婦人科受診・妊娠歴について

性行為の経験はありますか。 はい・いいえ

婦人科を受診され、内診・経膈超音波検査を受けたことがありますか。 はい・いいえ

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) 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 医療機関名： _____ 治療内容 _____)

糖尿病 (_____ 歳 医療機関名： _____ 治療内容 _____)

甲状腺機能障害 (_____ 歳 医療機関名： _____ 治療内容 _____)

腎臓病 (_____ 歳 医療機関名： _____ 治療内容 _____)

肝臓病 (_____ 歳 医療機関名： _____ 治療内容 _____)

ぜんそく (_____ 歳 医療機関名： _____ 治療内容 _____)

心臓病 (_____ 歳 医療機関名： _____ 治療内容 _____)

高脂血症 (_____ 歳 医療機関名： _____ 治療内容 _____)

その他(病名： _____ 歳 医療機関名： _____ 治療内容 _____)

(病名： _____ 歳 医療機関名： _____ 治療内容 _____)

手術： _____ (_____ 歳 医療機関名： _____) _____ (_____ 歳 医療機関名： _____)

② 今までに性病の既往はありますか。 はい (病名： _____ いつ頃： _____)・いいえ

③ 現在、他の医療機関に通院されていますか。 はい・いいえ

はい と答えられた方へ：医療機関名 _____ 初診日 _____ 病名 _____

お薬 (種類： _____)

手術 あり (手術名： _____ 施行日： _____)・なし

④ ③のお薬も含めて現在、飲んでいる薬はありますか。；マイナ保険証による情報取得に同意された方は直近1か月以内のお薬のみの記入で大丈夫です。

はい (ア _____ イ _____ ウ _____ エ _____) ・いいえ

はい と答えられた方へ：ア (そのお薬の用量 _____錠 (包) /日 処方日 _____ 期間 _____ 日分)

イ (そのお薬の用量 _____錠 (包) /日 処方日 _____ 期間 _____ 日分)

ウ (そのお薬の用量 _____錠 (包) /日 処方日 _____ 期間 _____ 日分)

エ (そのお薬の用量 _____錠 (包) /日 処方日 _____ 期間 _____ 日分)

⑤ これまでに長期に服用したお薬はありますか。

はい (薬名 _____ : いつ頃 : _____) ・いいえ

⑥ 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

⑦ アレルギー体質と思われますか。 はい (何のアレルギーですか _____) ・いいえ

はい と答えられた方：どのようなアレルギー症状が出ましたか (_____)

⑧ ご家族 (血縁者) に生活習慣病の病歴はありますか。(例)糖尿病・高血圧・癌など・・・)

ある (続柄と病名 : _____) ・いいえ

⑨ タバコは吸われますか。 はい (1日 _____本 _____歳頃から) ・いいえ

⑩ 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]

⑪ 食欲はありますか。 はい・いいえ

⑫ 熟睡はできていますか。 はい・いいえ

⑬ 便通はいいですか。 はい・いいえ

6) オンライン資格確認について

マイナ保険証による診療情報取得に同意されますか。 はい・いいえ

7) 他の医療機関からの紹介について

本日他の医療機関からの紹介状を持参しましたか。 はい (医療機関名 : _____) ・いいえ

8) 健診・検診歴

① この1年間で健康診断を受けられましたか。 はい・いいえ

はい と答えられた方へ：受診されたのはいつですか：令和 _____年 _____月

指摘事項はありましたか：あり (_____) ・なし

(特定健診および高齢者健診についてはマイナ保険証による情報取得に同意された方は記載不要です)

② この1年間で子宮頸がん検診を受けられましたか。 はい (_____年 _____月) ・いいえ

はい と答えられた方へ：異常なし・異常あり (診断内容 : _____)

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)