

婦人科問診票

受診日： 年 月 日

ID
氏名 年齢 歳 身長 cm 体重 kg

※ 配偶者はおられますか はい ・ いいえ

1) 受診された理由はなんですか

- ・ 妊娠 市販薬で妊娠反応は？ (月 日 陽性 ・ 陰性) ★ 住所 ()
- ・ 分娩される病院はお決まりですか？ (里帰り ・ 未定)
- ・ 中絶 ・ 月経異常 ・ 不正出血 ・ 市民検診 ・ おりものの異常 ・ 腹痛 ・ 陰部のかゆみ/痛み ・ 更年期 ・ 不妊
- ・ その他/医師に相談したい事 ()

2) それはいつからですか ()

3) セックスの経験はありますか (はい ・ いいえ)

4) 現在妊娠している可能性はありますか (はい ・ わからない ・ 絶対にない)

5) 生理についておたずねします

- ① 一番最近の生理は？ (月 日 ~ 月 日まで)
- ② 普段の生理は？ ・ 不規則 ・ 規則的 (日周期)
- ③ 生理の期間と量は？ (約 日間) 量は (多い ふつう 少ない)
- ④ 生理痛の有無は？ なし ある (症状 : 鎮痛剤の使用 : ある ・ なし)
- ⑤ 初潮 () 歳 閉経 () 歳

6) 今までに妊娠は () 回 (今回の妊娠を含む)

- ① 出産は () 回 ② 帝王切開は () 回 ③ 流産は () 回
- 第 1 子 年 月 日 g (男 ・ 女 (生 ・ 死)
- 第 2 子 年 月 日 g (男 ・ 女 (生 ・ 死)
- 第 3 子 年 月 日 g (男 ・ 女 (生 ・ 死)
- 第 4 子 年 月 日 g (男 ・ 女 (生 ・ 死)

④ 人工妊娠中絶は () 回

7) 薬や食べ物でアレルギーはありますか なし ある ()

8) 現在、治療中の病気はありますか なし ある (病名/症状)

9) 現在、何か薬を服用していますか※ いいえ はい (薬名 :)

10) 過去に病気にかかったことはありますか なし ある (喘息 高血圧 糖尿病 心臓疾患 脳卒中 ガン 甲状腺疾患 その他 (病名 :)

11) 過去に手術をしたことはありますか なし ある (年 月 日)

12) 過去に子宮ガン検診を受けたことがありますか なし ある (年 月 日)

13) タバコは？ (吸わない 吸う 1日 本 / 以前は1日 本)

14) アルコールは (飲まない 飲む 1日 本 / 以前は1日 本)

15) この1年間で健診を受診しましたか※ (はい・いいえ) 指摘事項 ()

16) マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか (はい・いいえ)

ご記入下さいました情報は診療に必要な範囲においてのみ活用し、当該利用目的以外には使用いたしません。

※マイナ保険証の情報取得に同意した場合、記載は省略可能です。

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。