問診票(婦人科初診)

ID＿＿＿＿＿＿＿＿

個人情報は当院が診察に必要な用途以外には使用しません。

＊緊急時等にご連絡が必要な場合がありますので、以下の質問に正確にご記入ください。

(本人)	氏名(フリガナ)	生年月日(西暦) 年　月　日(　才)
	携帯番号	ご職業
ご住所	〒	
自宅電話		

1.【当院より電話、郵送等で連絡をする時に、病院名を出してもよいものに☑を付けて下さい。】

□自宅電話　□携帯電話　□病院名の入った封筒　□ハガキ　□メール(予約システムでご登録された方)

※無記入の場合は全て可とみなします。

2.【女性の身長、体重、血液型について】

身長＿＿＿＿cm、体重＿＿＿kg、血液型(□A　□B　□O　□AB 型)、Rh(＿＋　・　－＿)

3.【どのようなことで当院へおいでになりましたか？(複数回答可)】

□下腹部痛　□排尿痛、残尿感など**(下腹部痛と排尿痛、残尿感を✔の方は診察前に採尿をお願いします)**

□月経痛　□月経異常　□PMS　□避妊相談　□ピル処方希望(3 枚目のチェックシートもご記入下さい)

□子宮がん検診希望　□更年期障害　□不正出血

□外陰部のかゆみ　□おりもの　□性病　□プレコンセプション健診

□月経時期の移動(月経を当てたくない期間:＿＿月＿＿日～＿＿月＿＿日)

□その他(　　)

4.【月経歴について】

初めての月経(初潮)＿＿才

最近あった月経は(西暦＿＿＿＿年＿＿月＿＿日から＿＿日間)

その前の月経は　(西暦＿＿＿＿年＿＿月＿＿日から＿＿日間)

月経周期＿＿＿＿日型(□順　□不順)＿＿日間持続

(例:　月経周期 28 ～ 32 日型(□順　□不順　5　日間持続　)

月経量(□多い　□普通　□少ない)

月経痛(□強い痛み　□弱い痛み　□まったくない)

閉経の年齢＿＿＿＿才

5.【性交渉の経験について】

性交(セックス)の経験はありますか？(□はい　□いいえ)

6.【最後に子宮頸癌の健診を受けたのはいつですか？】

□1年以内に受けた。（西暦＿＿＿＿＿年＿＿月）

□1年以上前に受けた。(西暦＿＿＿＿＿年＿＿月）

□受けていない。

7.【結婚歴について】

□未婚

□既婚　結婚年齢＿＿＿＿才

8.【妊娠歴について】

妊娠したことはありますか。(□はい　□いいえ)

妊娠したことがある方はお答え下さい。　妊娠回数＿＿＿＿＿回

年月日	妊娠方法	妊娠転帰	病院名
西暦　　年　月 (　　歳)	□自然妊娠 □不妊治療後	□出産 □流産(　　週) □中絶 □異所性妊娠(子宮外妊娠)	
西暦　　年　月 (　　歳)	□自然妊娠 □不妊治療後	□出産 □流産(　　週) □中絶 □異所性妊娠(子宮外妊娠)	
西暦　　年　月 (　　歳)	□自然妊娠 □不妊治療後	□出産 □流産(　　週) □中絶 □異所性妊娠(子宮外妊娠)	
西暦　　年　月 (　　歳)	□自然妊娠 □不妊治療後	□出産 □流産(　　週) □中絶 □異所性妊娠(子宮外妊娠)	
西暦　　年　月 (　　歳)	□自然妊娠 □不妊治療後	□出産 □流産(　　週) □中絶 □異所性妊娠(子宮外妊娠)	

9.【出産歴について】

出産したことはありますか。(□はい　□いいえ)

出産したことがある方はお答え下さい。　出産回数＿＿＿＿回

分娩日時	妊娠週数	分娩方法	分娩した病院	出生体重	男／女	お子様の状態
西暦　　年 月　　日	週　日	□自然分娩 □帝王切開		g	□男 □女	□健康 □病気(　　)
西暦　　年 月　　日	週　日	□自然分娩 □帝王切開		g	□男 □女	□健康 □病気(　　)
西暦　　年 月　　日	週　日	□自然分娩 □帝王切開		g	□男 □女	□健康 □病気(　　)

10.【婦人科疾患の通院歴、手術歴があれば教えて下さい。(複数回答可)】

□なし

□子宮頚部円錐切除術

□子宮内膜ポリープ摘出術(□子宮鏡下手術　□経腟)

□子宮筋腫核出術(□開腹手術　□腹腔鏡下手術　□子宮鏡)

□卵巣のう腫核出術(□開腹手術　□腹腔鏡下手術)(□右側　□左側　□両側)

□卵巣子宮内膜症核出術(□開腹手術　□腹腔鏡下手術)(□右側　□左側　□両側)

□異所性妊娠(子宮外妊娠)(□開腹手術　□腹腔鏡下手術)(□右側　□左側　□両側)

□その他(　　)

11.【今までに指摘されたことのある病気はありますか？(複数回答可)】

□ない

□採血異常　□尿異常　□胸部レントゲン異常　□心電図異常

□高血圧　□心筋梗塞・心不全・先天性心疾患　□血管障害　□血栓症　□血液凝固障害

□甲状腺疾患(□甲状腺機能亢進症(バセドー病)　□甲状腺機能低下症(橋本病)

□腎機能障害　□糖尿病　□摂食障害　□高度肥満(BMI27 以上)　□肝炎

□精神疾患(□てんかん・□精神科受診・□心療内科受診・□神経内科受診)

□膠原病(□SLE、□慢性関節リウマチ・□その他＿＿＿＿＿＿)

□悪性腫瘍(□婦人科系(乳がん、子宮癌)　□白血病

□その他(　　)

12.【今までに手術や大きな病気(入院)をしたことがありますか？】

□はい(はいの場合は下に詳しくお書き下さい)

□いいえ

年齢	病名	病院	入院歴	手術歴	治療
才			□あり □なし	□あり □なし	
才			□あり □なし	□あり □なし	
才			□あり □なし	□あり □なし	

13.【現在何か薬を飲んでいらっしゃいますか？】

□はい　薬品名（　　）（　　）（　　）（　　）

□いいえ

14.【タバコは吸いますか？】

□はい（　　本/日）

□いいえ

15.【アレルギーはありますか？】

□はい　薬品名・食物（　　）（　　）（　　）（　　）

□いいえ

16.【血縁者に特別な病気の方がいますか？】

□いいえ

□はい

例　：　父　糖尿病

17.【当院をどのようにして知りましたか？（複数回答可）】

□ホームページ　□駅看板　□友人、知人、医師からの紹介（　　）

□その他（　　）

18.【宗教上の理由で受けられない治療はありますか？】

□はい（　　）

□いいえ

問診票の記載をしていただき、ありがとうございました。

紹介状をお持ちの方は問診票と一緒に受付に提出して下さい

前医のデータがある場合、提出してください。当院でもデータをコピーし、管理致します。

ピル　初回処方時　問診チェックシート

記入日：西暦 20＿＿年＿＿月＿＿日

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　年齢＿＿＿歳　　身長＿＿＿＿ｃｍ　体重＿＿＿ｋｇ

血圧＿＿＿／＿＿＿mmHg（測定してお待ち下さい）　BMI（＿＿＿＿：こちらで計算します）

●最後に月経があったのはいつですか？　　西暦 20＿＿＿年＿＿＿月　＿＿日から＿＿＿日間

●不正性器出血がありますか？　□はい　□いいえ

●妊娠中または妊娠している可能性がありますか？　□はい　□いいえ

●現在授乳中ですか？　□はい　□いいえ

●喫煙しますか？　□はい　□いいえ

「はい（喫煙する）」とお答えの方にお尋ねします　1 日＿＿本

●激しい頭痛や片頭痛、目がかすむことがありますか？　□はい　□いいえ

「はい」と答えた方に　□前兆を伴わない　□前兆（目がチカチカする等）を伴う

●ふくらはぎの痛み、むくみ、突然の息切れ、胸の痛み、激しい頭痛、失神、目のかすみ、下のもつれなどありますか

□はい　□いいえ

●現在、医師の治療を受けていますか？　□はい　□いいえ

「はい」の場合　病名は何ですか？（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

●今までに入院や手術などを要する大きな病気にかかったことがありますか？

□はい　□いいえ

「はい」の場合それは何の病気ですか？（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

●以下の病気といわれたことがありますか？

□深部静脈血栓、□肺塞栓症、□SLE、□抗リン脂質抗体症候群、□血栓性素因、□脳血管障害、
□冠動脈疾患、□心臓弁膜症、□不整脈、□腎機能障害、□高血圧、□糖尿病、□脂質代謝異常（高脂血症）、
□肝機能障害・肝腫瘍、□胆嚢疾患、□子宮頸がん、□子宮体がん、□乳がん、□ポルフィリン症、
□てんかん、□テタニー、□クローン病、□潰瘍性大腸炎

●流産・死産を繰り返したことがありますか？　□はい　□いいえ

●妊娠中に妊娠高血圧症候群、あるいは妊娠中毒症といわれたことがありますか？

□はい　□いいえ

●現在、お薬やサプリメントなどを服用していますか？　□はい　□いいえ

「はい」の場合それは何というお薬ですか？（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

●今までに OC または LEP を服用した経験はありますか？　□はい　□いいえ

「はい」の場合それは何というお薬ですか？（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

●今まで薬を使用してアレルギー症状（じんましん等）が現れたことがありますか？

□はい　□いいえ

「はい」の場合それは何というお薬ですか？（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

●過去 2 週間以内に大きな手術を受けましたか？今後 4 週間以内に手術の予定がありますか？

□はい　□いいえ

●ご家族に血栓症にかかったことのある方はいますか？　□はい　□いいえ

●ご家族に乳がんにかかったことのある方はいますか？　□はい　□いいえ

●その他、自分の身体のこと、あるいは OC または LEP について心配はことや何か知りたいことなどがありましたら
ご記入ください（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）