

産婦人科問診票

記入日 年 月 日

ふりがな

〒 _____

お名前 _____ 年齢 _____ 歳 ご住所 _____

(旧姓 _____) お電話番号 _____ /携帯 _____

当てはまる項目は□にチェックを入れ、下線部には数値や文章をお願いします。

(1)今日はどのようなことでおいでになりましたか？

- がん検診 レディース検診 メンズ検診 不妊の相談 (もう1枚問診票があります)
月経異常 (無月経不順量が多い) おりものの異常
妊娠 (もう1枚問診票があります) 陰部の異常 (かゆみ 痛み)
お腹が痛い 更年期症状 (もう1枚問診票があります)
不正性器出血があった 避妊の相談 (アフターピル希望)
その他 (_____)

(2)月経についてお聞きします。1. 初めての月経は _____ 歳 2. 閉経されたのは _____ 歳

3. 一番最近の月経はいつですか。 _____ 年 _____ 月 _____ 日から _____ 日間

4. 月経周期は 順調 不順 (短い時は _____ 日周期、長い時は _____ 日周期)

5. 月経の量は 少ない 普通 多い

6. 月経痛は ない 少しある わりとある 相当

(3)結婚・妊娠についてお聞きします

1. セックスの経験はありますか なし あり
2. 結婚していますか なし (_____ 年 _____ 月入籍予定) あり
3. 妊娠したことがありますか なし あり (妊娠 _____ 回 分娩 _____ 回 流産 _____ 回 中絶 _____ 回)
4. 現在授乳中ですか なし あり

(4)子宮頸がん検診を受けたことがありますか？ なし あり (_____ 年 _____ 月に結果 _____)

(5)現在治療中の病気はありますか？ なし あり (_____)

(6)現在何か薬を飲んでいますか？ なし あり (_____)

(7)今までに手術を受けたことがありますか？
なし あり (_____)

(8)お薬や食べ物でアレルギーなどの副作用を経験したことはありますか？
なし あり (_____)

(9)ご家族 (ご両親や姉妹) に以下の病気の方はいますか？
高血圧 糖尿病 婦人科がん その他の遺伝性疾患 (_____)

(10)お酒を飲みますか？ 飲まない 時々 ほぼ毎日 (_____ を _____ 杯)
タバコを吸いますか？ すわない 以前は吸っていた 吸っている (1日 _____ 本)

◆マイナ保険証による受付をされた方は医療情報取得に同意されましたか？ はい いいえ

当院は医療情報を取得・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。◆マイナ保険証以外や医療情報取得に同意されない方は医療情報取得加算1(初診時)3点が加算されます。(マイナ保険証で医療情報取得に同意された方は加算2 1点となります)