

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 /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？

- | | | | |
|---|--|--------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> がん検診 | <input type="checkbox"/> レディース検診 | <input type="checkbox"/> メンズ検診 | <input type="checkbox"/> 不妊の相談 (もう1枚問診票があります) |
| <input type="checkbox"/> 月経異常 (<input type="checkbox"/> 無月経 <input type="checkbox"/> 不順 <input type="checkbox"/> 量が多い) | <input type="checkbox"/> おりものの異常 | | |
| <input type="checkbox"/> 妊娠 (もう1枚問診票があります) | <input type="checkbox"/> 陰部の異常 (<input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> 痛み) | | |
| <input type="checkbox"/> お腹が痛い | <input type="checkbox"/> 更年期症状 (もう1枚問診票があります) | | |
| <input type="checkbox"/> 不正性器出血があった | <input type="checkbox"/> 避妊の相談 (<input type="checkbox"/> アフターピル希望) | | |
| <input type="checkbox"/> 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からですか。 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診療情報取得に同意されますか？はい いいえ

ご記入有難うございます。受付にお持ちください。他の医療機関より紹介状をご持参の方は一緒に受付にお持ちください。

なお個人情報の取扱いにつき、特にご希望がある場合はご記載ください。 ()

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。

◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算 (初診時) 加算1 6点 加算2 2点 (マイナ保険証を利用した場合)

長谷川産婦人科医院