

産婦人科外来問診票

ふりがな

氏名 _____ 生年月日 S・H・R 年 月 日
〒 _____ 年齢 _____ 歳

住所 _____

携帯番号 _____ 自宅番号 _____

勤務先 _____ ご職業 _____

本問診票における個人情報収集は、医療提供を行う為に使用する目的で収集したものであり、

他の目的で使用する事及び第三者に提供・開示することは一切ありません。

また、個人情報について細心の注意と最大限の努力をもって保護・管理を行います。

※当院の個人情報の取り扱い・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

☆他の医療機関からの紹介状を持っていますか？ はい ・ いいえ

I どうなさいましたか？ (○をつけてください)

- | | |
|--|--|
| a. 子どもが出来ない | f. 陰部がかゆい・痛い |
| b. 月経が止まった
妊娠の可能性はありますか？
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
妊娠検査薬で調べましたか？
<input type="checkbox"/> はい (____ 月 ____ 日) <input type="checkbox"/> いいえ
→ 結果 : 陽性 ・ 陰性 | g. 性病の心配・検査
h. お腹が痛い
i. 腰が痛い
j. しこり (腹部 ・ 陰部)
k. 尿が近い
l. 排尿時痛 |
| c. 月経の異常 | m. がん検診 |
| d. 月経と違った出血 | n. その他 (_____) |
| e. おりものが多い
ピンク ・ 褐色 ・ 黄緑 ・ 黄色 ・ 白 | |

II あなたの月経について

- ①初めての月経はいつでしたか？ (____ 歳 / 小 ・ 中 ・ 高 ____ 年)
- ②最終月経はいつですか？ (R ____ 年 ____ 月 ____ 日 ~ ____ 日)
閉経はいつでしたか？ (____ 歳)
- ③月経は順調ですか？
はい (____ 日周期) ・ いいえ
→ 月経開始日から次回の月経開始日までの日数
- ④月経は何日くらい続きますか？ (____ 日間)
- ⑤月経の量はどのくらいですか？ 多い ・ 普通 ・ 少ない
- ⑥月経時、痛み止めは使用しますか？ はい ・ いいえ
- ⑦月経時、何か気になることはありますか？ はい ・ いいえ

↓ 裏面も記入してください ↓

Ⅲ あなたの結婚・分娩について

- ①セックスの経験はありますか？ (有・無)
- ②現在、結婚されていますか？ いいえ はい (初婚・再婚)
- ③妊娠したことはありますか？ いいえ はい (中絶 回)(流産 回)

西暦 年 月

西暦でご記入ください

分娩年月日	妊娠週数	性別	出生児体重	出産した病院	出産方法	その他の異常
・ ・	週		g		自然分娩・帝王切開	
・ ・	週		g		自然分娩・帝王切開	
・ ・	週		g		自然分娩・帝王切開	
・ ・	週		g		自然分娩・帝王切開	
・ ・	週		g		自然分娩・帝王切開	

Ⅳ 今までにかかった主な病気・手術について (産婦人科以外も)

- ①この1年間で健診(特定検診及び高齢者検診に限る)を受診しましたか？ はい・いいえ
- ②主な病気はありますか？ はい(: 歳の時)・いいえ
(: 歳の時)
- ③手術はありますか？ はい(: 歳の時)・いいえ
(: 歳の時)
- ④現在、飲んでいる薬はありますか？ はい()・いいえ
- ⑤今まで薬や注射で副作用を起こした事がありますか？ はい・いいえ
- ⑥アレルギー体質ですか？ はい・いいえ
- ⑦ぜんそくにかかった事がありますか？ はい・いいえ
- ⑧輸血を受けた事がありますか？ はい・いいえ
- ⑨肝炎・梅毒の検査を受けた事がありますか？ はい・いいえ

Ⅴ ご家族の中で何か特別な病気の方はいますか

はい(遺伝病・高血圧・糖尿病・がん・その他)・いいえ

Ⅶ あなたの身長・体重・血液型 等

- ①身長 (cm)
- ②体重 (kg)
- ③血液型 (RH + ・ - / A ・ B ・ O ・ AB)
- ④タバコは吸いますか？ はい(1日 本 歳～ 歳まで吸っていた)・いいえ
- ⑤お酒は飲みますか？ はい(1日 を 杯)・いいえ

※ 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。