

# 【問診票】

年 月 日

ふりがな

お名前： \_\_\_\_\_ 生年月日： T S H \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日( \_\_\_\_\_ 歳)

身長： \_\_\_\_\_ cm 体重： \_\_\_\_\_ kg 職業： \_\_\_\_\_ 宗教： \_\_\_\_\_

薬剤アレルギー： 無・有( 薬剤名 \_\_\_\_\_ )

初診時

血圧

/

体重

kg

## 下記の質問に対して分かる範囲で結構ですのでご記入下さい

### 1) 結婚についてお尋ねします

●未婚・既婚 ( 結婚年月日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 現在結婚 \_\_\_\_\_ 年目)

### 2) 受診を希望した理由についてお尋ねします

- a. 生理について ( 生理不順・不正出血・生理痛・ピル希望 : 低用量 ( 薬剤名 \_\_\_\_\_ )  
・ずらす (裏面の②と④もご記入下さい。) ・774-ピル (裏面の③と④もご記入下さい。)
- b. おりもの・かゆみ・外陰部痛 (裏面の①もご記入下さい。)
- c. 痛みがある ( 下腹部痛・性交痛・その他 \_\_\_\_\_ )
- d. 検査 ( 子宮癌検査・子宮筋腫・子宮内膜症・妊娠判定・その他 \_\_\_\_\_ )
- e. その他の相談 ( 更年期症状・性病・膣異物感・その他 \_\_\_\_\_ )

### 3) 生理についてお尋ねします

- 初経は( \_\_\_\_\_ )歳 ●閉経は( \_\_\_\_\_ )歳
- 最終生理は \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から始まり、( \_\_\_\_\_ )日間続いた。
- 生理周期は 順調( \_\_\_\_\_ )日周期( \_\_\_\_\_ )日間・不順( \_\_\_\_\_ )日に1回( \_\_\_\_\_ )日間
- 生理痛は ない・ある ( 軽度・普通・強度 ) ●鎮痛剤を服用して ( いない・いる )
- その他気になること ( \_\_\_\_\_ )

### 4) 病気についてお尋ねします

- 喘息 無・有 ( \_\_\_\_\_ )
- 子宮筋腫・子宮内膜症・子宮腺筋症・卵巣嚢腫・ポリープと言われた事が ( 無・有 )
- これまでに何か病気をしたこと・手術をしたことは ( 無・有 )

病名	年齢	治療方法	現在

●現在、飲んでいる薬・漢方薬・サプリメントなどありますか ( 無・有 )

\_\_\_\_\_

### 5) 子宮頸がん検査を最後に受けたのはいつですか。

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 結果 \_\_\_\_\_ 病院名 \_\_\_\_\_

6) 妊娠についてお尋ねします

●妊娠したことがありますか (無・有)

妊娠年月日(自然・その他)	流産・中絶	分娩日	分娩	分娩週数	胎嚢	心拍	手術
年 月	週		正常・帝王切開	週	有・無	有・無	有・無
年 月	週		正常・帝王切開	週	有・無	有・無	有・無
年 月	週		正常・帝王切開	週	有・無	有・無	有・無
年 月	週		正常・帝王切開	週	有・無	有・無	有・無

7) ご家族についてお尋ねします

両親・兄弟に 高血圧・心臓病・癌・糖尿病・婦人科系・その他 ( ) がいる

8) 当院をお知りになったきっかけをご記入下さい

- \_\_\_\_\_ 病院 \_\_\_\_\_ 先生からのご紹介 (紹介状 有・無)
- 当院にお掛かりの方に聞いて (お名前 \_\_\_\_\_) ・知人に聞いて・雑誌で見て・インターネット  
 看板・電話帳・電話相談して・その他 ( \_\_\_\_\_ )

① おりもの・かゆみ・外陰部痛の方へ

- a. かゆみ : 有 ( \_\_\_\_\_ 日から) ・ 無
- b. 痛み : 有 ( \_\_\_\_\_ 日から) ・ 無
- c. 色 : 血が混じる ・ 白色 ・ 黄色
- d. 性状 : ( \_\_\_\_\_ )
- e. におい : 有 ( \_\_\_\_\_ 日から) ・ 無
- f. 臍剤使用歴 : 有 (アレルギー-症状 有・無 ) ・ 無

② 生理をずらしたい方へ (④もご記入下さい。)

- a. 生理が来てほしくない期間 : ( \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 )
- b. 海外に行く予定 : 有 (場所 \_\_\_\_\_ ) ・ 無

③ アタピル希望の方へ (④もご記入下さい。)

- a. 最後に性交渉をもった日 : ( \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 時頃 )

④ 生理ずらす・アタピル希望の方へ

- a. 女性ホルモン内服歴 : 有 (薬剤名 \_\_\_\_\_ / 気分不快 有・無 ) ・ 無
- b. 肝機能障害、血栓症と言われた事 : 有 ・ 無
- c. 煙草は吸いますか : 吸う (1日 \_\_\_\_\_ 本) ・ 吸わない