

## 女性総合診療科外来受診の方へ

<外来問診票>

氏名:	診察券番号:	年齢:	生年月日:
-----	--------	-----	-------

◎赤のボールペンで記入してください。記入し終わりましたら、女性総合診療部に提出してください。 診察済 入力済 紹介状有

住所 \_\_\_\_\_ 身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg 職業 \_\_\_\_\_ 国籍 \_\_\_\_\_

連絡先(昼間) \_\_\_\_\_ 自宅・職場・( ) (夜間) \_\_\_\_\_ 自宅・職場・( )

(携帯) \_\_\_\_\_ 病院から連絡を差し上げる時に病院名を出しても差し支えありませんか？ ( はい・いいえ )

### 1. 今日来院された理由は？

**乳房に関してはプレストセンターへお問い合わせください。**

- 妊娠の診断(妊娠テストをした \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日:結果 陽性・陰性) 当院で分娩希望(予定日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日)
- 月経の異常( 月経がきたことがない 途中からこない 量が多い 量が少ない 月経痛が強い 不順 )
- 月経以外の腹痛・腰痛がある 月経以外の出血がある 妊娠中の薬の相談
- 子宮筋腫があるといわれた 卵巣嚢腫があるといわれた 子宮内膜症があるといわれた
- 検査の希望 ( 子宮癌検査 性感染症の検査 ) 人間ドックの再検査(検査項目: \_\_\_\_\_ )
- おりものの異常 ( 量が多い 色がつく においがする ) 陰部の異常 ( かゆみがある 痛みがある しこりがある )
- 子供がほしい 性交障害がある 更年期障害の心配 ほてり・発汗・肩こりがある
- 羊水検査・トリプルマーカー検査を受けたい 遺伝や先天異常が心配 避妊の相談
- その他( \_\_\_\_\_ )

### 2. 月経についてお答えください。 初めて月経が始まったのは( )歳頃 閉経したのは( )歳頃

一番最近の月経は \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から \_\_\_\_\_ 日間

その前の月経は \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から \_\_\_\_\_ 日間

月経周期: 普段は( )日周期、早いときは( )日位、遅い時は( )日位で来る。

月経周期: 月経の始まった日から次の月経が始まるまでの期間(日数)24~36日位の方が多。

### 3. 妊娠・分娩についてお答えください。 ※性交渉をしたことが ある ない ※妊娠したことが ある ない

	妊娠時期	正常	早産	流産	中絶	子宮外妊娠	胎状奇胎	正常・吸引・かんし・帝王切開(理由)	産後正常・異常	お子さんについてお書きください		
										出生体重	性別	健康ですか
1	_____年									g		
2	_____年									g		
3	_____年									g		
4	_____年									g		
5	_____年									g		

### 4. パートナー及びご自身のご家族についてお答えください。

既婚( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 歳で結婚) 未婚 近く結婚予定 死別した( \_\_\_\_\_ )歳 離婚した( \_\_\_\_\_ )歳 再婚した( \_\_\_\_\_ )歳

パートナー \_\_\_\_\_ 歳 健康 病気がある(病名: \_\_\_\_\_ ) 国籍は? 日本 外国( \_\_\_\_\_ )ご職業は \_\_\_\_\_

父 \_\_\_\_\_ 歳 健康 病気がある(病名: \_\_\_\_\_ ) 死亡 \_\_\_\_\_ 歳 原因 \_\_\_\_\_

母 \_\_\_\_\_ 歳 健康 病気がある(病名: \_\_\_\_\_ ) 死亡 \_\_\_\_\_ 歳 原因 \_\_\_\_\_

( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ 歳 健康 病気がある(病名: \_\_\_\_\_ ) 死亡 \_\_\_\_\_ 歳 原因 \_\_\_\_\_

( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ 歳 健康 病気がある(病名: \_\_\_\_\_ ) 死亡 \_\_\_\_\_ 歳 原因 \_\_\_\_\_

( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ 歳 健康 病気がある(病名: \_\_\_\_\_ ) 死亡 \_\_\_\_\_ 歳 原因 \_\_\_\_\_

### 5. 今までかかった病気・手術についてお答えください。

病気をしたことが ない ある→高血圧 糖尿病 喘息 その他( \_\_\_\_\_ )

手術をしたことが ない ある→年齢と手術名をお書きください: \_\_\_\_\_ 歳時 手術名( \_\_\_\_\_ )

現在治療中の病気が ない ある→高血圧 糖尿病 喘息 その他( \_\_\_\_\_ )

\_\_\_\_\_ 使用している薬( \_\_\_\_\_ )

アレルギーの出る薬や食べ物などがありますか? ない ある→薬( \_\_\_\_\_ )その他( \_\_\_\_\_ )

### 6. 生活習慣についてお答えください。

タバコを 吸う 1日( \_\_\_\_\_ )本 ( \_\_\_\_\_ )年間 吸わない

お酒を のむ 例:ビール1本/日→ ( \_\_\_\_\_ )/日 のまない

宗教上の制約はありますか? ない ある( \_\_\_\_\_ )

### 7. 当院では、検査・処置・手術において医学的に輸血が必要と判断した場合は輸血を行っています。

あなたは輸血を受けてもよいですか? はい いいえ

※診療中に得られたデータを、個人が特定できない範囲内で、学会等で発表させていただくことがあります。ご理解くださるようお願いいたします。