

< 問 診 票 >

この問診票はあなたの診察に必要なことを書いていただくものです。
書かれたことを、御家族や職場の方など他人に見せることは決してありません。

お名前 _____

年齢 _____ 才

- ◎ご職業 (あなたの) ① なし
② 学生 (小・中学校、高等学校、専門学校、各種学校、大学)
③ あり、職種 ()
外勤 (正職員、非常勤、派遣、パート)、自由業、経営者、自営手伝い、その他

1、本日受診された理由を○でかこんでください。

| | |
|-----------|---|
| 月経のこと | 月経の痛み、月経前の不調、月経量が多い、月経不順、月経がこない |
| 気になる症状がある | 出血、おりもの、かゆみ、下腹痛、腰痛、その他 |
| はれものがある | 下腹部、外性器、その他 |
| 子宮や膣がさがる | |
| 尿のこと | 尿が近い、尿が漏れる、尿が濁っている、排尿の時痛い、尿がしみる |
| 更年期のこと | |
| ガンの心配・検査 | * 乳がんの検査は当院では行っておりません |
| 避妊の必要 | 緊急避妊 (アフターピル)、ピル |
| 月経時期の移動 | 月経を遅らせたい、月経を早めたい |
| 性感染症の心配 | |
| 不妊の検査・治療 | |
| 妊娠の検査 | 市販の妊娠試薬で；妊娠だった、妊娠ではなかった、やっていない もし妊娠だったら；出産する、中絶したい (*)、まだ決めていない (* 当院では、中絶手術は行っておりませんのでご了承下さい) |
| その他 () | |

2、ご家族の病気について。

ご家族のなかで、高血圧、心臓病、糖尿病、アレルギー、喘息、ガン、結核などの病気をお持ちの方がおられましたら、おわかりになる範囲でお書きください。

お亡くなりになった方についても、おわかりになっている病気があればお書きください。

3、月経について。

◎初めて月経があった年齢 _____ 才、 閉経した年齢 _____ 才

| | | | | | |
|----------|---|---|-----|-----|------------------|
| 一番最近の月経； | 年 | 月 | 日より | 日間、 | いつもと (同じ、多い、少ない) |
| その前の月経； | | 月 | 日より | 日間、 | いつもと (同じ、多い、少ない) |

◎月経の周期；(月経の始まった日から、次の月経が始まるまでの日数)
順調 (_____ 日型)、 不順 (短いときで _____ 日、長いときで _____ 日)

◎月経の続く日数 (_____ 日) ◎月経の量；(多い、少ない、普通)

◎月経の時の痛み；(ない、 少しある、 かなりつらい、 痛くて仕事や生活に支障がある)
(痛み以外につらい症状があれば書いてください)

◎月経の時に鎮痛剤を (使わない、 ときどき使っている、 いつも使っている)

裏 へ

4、セクシュアリティについて。

セックスや妊娠の経験のある、なしで、診察の方法や、考えなければならない病気が異なりますので、ありのままを記入して下さい、お願いします。

◎性交（セックス）の経験；（一度もない、 以前はあったが現在はない、 現在もある、 被害にあった）

◎結婚（戸籍上の）； している（ 年 月）（ 才）、 初婚 ・ 再婚
していない、 内縁、 婚約中、 離別、 死別

◎ご自分のセクシュアリティについて、特に伝えておきたいことがありましたら、お書きください。

5、これまでの妊娠や分娩について。

妊娠 回；分娩 回（下記に記入して下さい。）
自然流産 回、人工妊娠中絶 回、異所性（子宮外）妊娠 回、胎状奇胎 回

| | 出産年齢 | 児体重 | 性別 | 分娩場所 | 妊娠中や分娩時の異常 |
|---|------|-----|----|------|------------|
| 1 | 才 | | | | |
| 2 | 才 | | | | |
| 3 | 才 | | | | |
| 4 | 才 | | | | |

6、これまでにかかった病気や受けた手術などについてお書きください。

◎これまでに受けた手術（外科や婦人科の手術について、お書きください）。

年 月（ 才）の時 _____ の手術を受けた
年 月（ 才）の時 _____ の手術を受けた
年 月（ 才）の時 _____ の手術を受けた

◎これまでにかかった病気、または現在治療中の病気についてお書きください。

婦人科の病気（ _____ ）
喘息（ぜんそく）、高血圧、糖尿病、心臓病、腎臓病、肝臓病、膠原病、結核、その他（ _____ ）

◎お薬や食物のアレルギー、使用してはいけない薬・副作用のた薬がありますか？
ない・ある（薬の名前やアレルギーが出たときの症状をお書きください。）

◎現在飲んでいるお薬、サプリメント、健康食品。（お薬手帳お持ちの方は、ご提示下さい。）

◎子宮頸がん検査を受けたことが（ ない、 ある 年 月）

7、これまでを受診された産婦人科があればお書きください。

（ _____ ）最後にそこを受診されたのは、いつ頃ですか？（ 年 月頃）

8、このクリニックを紹介して下さった方、または医療機関があればご記入ください

マンナンバー資格確認をされた方は、マイナンバーカードによる診療情報取得に同意していただくことが前提ですが、同意されない方はお申し出ください。当院では保険証情報はオンライン化されていますが、カルテ内容はオンライン化されておりませんので診療内容の情報漏洩の心配はありません。