

婦人科・問診票

記入日 20 年 月 日

カルテID お名前 年齢 歳

身長 cm 体重 kg 職業

※住所に変更はありますか？（あり ☐ ・ なし ☐ ）

国籍 ☐ 日本 ☐ それ以外（ ）

1. 本日来院された理由

来院の理由や症状を下から選んで○で囲んでください。

月経異常（月経痛、月経の量が多い、月経不順）、不正出血、不妊、子宮筋腫、卵巣のう腫、腰痛、
下腹痛、膀胱炎、がんの検診、外陰部がかゆい、痛い、おりもの、更年期障害、ピル希望、避妊相談、
生理をずらす薬希望

市販の検査薬で検査した日（ 月 日）（ + - ）

2. 月経について

- ・ 最近あった月経は（ ）月（ ）日から（ ）日間
- ・ その前の月経は（ ）月（ ）日から（ ）日間 ※分かっていれば書いてください
- ・ はじめて月経があったのは（ ）歳頃
- ・ 月経は順調ですか（はい ・ いいえ） ・ 月経周期は（ ）日型 ・ 出血は（ ）日間
- ・ 月経の出血量は（多 ・ 中 ・ 少） ・ 月経痛は（強 ・ 中 ・ 弱 ・ 無）
- ・ 閉経（ ）歳

3. あなた自身のことについて

- ・ 結婚していますか（はい： 歳時）（いいえ：未婚 離婚 入籍予定）
- ・ SEXの経験はありますか（ない ・ ある）
- ・ 妊娠の経験はありますか（ない ・ ある）「ある」と答えた方は以下の表に記入してください。

	年齢又は 年月日	妊娠月数 又は週数	妊娠経過	妊娠中や分娩時の異常	児の 性別	出生体重	健否	分娩した病院
1			分娩・流産・人工中絶					当院・他院
2			分娩・流産・人工中絶					当院・他院
3			分娩・流産・人工中絶					当院・他院
4			分娩・流産・人工中絶					当院・他院

- ・ 現在治療中（又は通院中）の病気がありますか（ない ・ ある）（病名 ）
- ・ 今まで何か大きな病気にかかったことがありますか（ない ・ ある）
[高血圧、糖尿病、腎疾患、心疾患、甲状腺疾患、肝炎、自己免疫性疾患、脳梗塞、
脳内出血、てんかん、精神疾患、血液疾患、悪性腫瘍、血栓症、子宮筋腫、子宮内膜症、
子宮腺筋症、子宮奇形、卵巣のう腫、その他（ ）]
- ・ 今まで手術の経験はありますか（帝王切開含む）（ない ・ ある）（病名 ）
- ・ 現在内服中の薬はありますか（ない ・ ある）（薬品名 ）
- ・ 現在使用中のサプリメントや健康食品はありますか（ない ・ ある）（商品名 ）
- ・ ぜんそく（ある ・ ない）（小児喘息、アスピリン喘息、気管支喘息、 ）最終発作（ ）

- ・アレルギーはありますか(ない ・ ある) ・ゴム製品アレルギー(ない ・ ある)
(薬品名: 食べ物: その他:)
- ・喫煙について
☐ 吸わない ☐ 過去に吸っていたがやめた ☐ 今も吸っている(1日____本)
☐ やめる予定(なし ・ あり) ☐ 同居者に喫煙者が(いる ・ いない)
- ・飲酒について
☐ 飲まない ☐ 飲んでいたがやめた ☐ 今も飲んでいる(週____回 ____ml)
☐ やめる予定(ない ・ あり)
- ・メンタルヘルスについて当てはまる項目にチェックし、詳細をご記入ください。
☐ 精神科または心療内科を受診したことが ☐ ない ☐ ある
(年頃 理由:)
☐ 精神科入院歴がある 疾患名: 、 年 病院名:
☐ 現在も通院中である(クリニック名:)
☐ カウンセリングを受けたことがある(年頃、理由)
☐ 精神安定剤を内服したことがある(薬剤名:)
☐ 睡眠薬を内服したことがある(薬剤名:)
☐ これから相談したい
- ・治療上どうしても輸血が必要な場合、同意なさいますか(はい ・ いいえ ・ わからない)
- ・がんの告知は希望されますか(はい ・ いいえ ・ わからない)

マイナ保険利用に関する問診

- ・マイナ保険証または資格確認書をお持ちですか？
(☐ はい ・ ☐ いいえ)
はいの場合→診療情報取得に同意いただけますか？ (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？ (いいえ ・ はい)
- ・この1年間で特定健診や高齢者健診を受診しましたか？
(☐ はい ・ ☐ いいえ)
はいの場合→(受診時期: 20 年 月頃)

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します。

※ 各種公費受給者証はマイナンバーカードでは確認できませんので、ご提示をお願いします。