

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 ）

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 ※分かっていたら書いてください
- ・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

2. 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)
- ・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(マイナンバーカードの健康保険証利用)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。