

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、生理をすらす薬希望

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

仓库上部以木材和纸板为主要包装材料，同意如本合同中所指的“LCL”或“木箱”。

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 週)

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。正確な情報を取り得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力お願いします。

※ 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。