

外来問診票

記入日 年 月 日

お名前 フリガナ _____

年齢

才

生年月日

年

月

日

※当院から連絡をとらせていただく場合の電話番号

様

TEL _____

下記の質問にお答えください(あてはまるものすべてに○をつけてください)

① どうなさいましたか？

- | | | |
|---------------------|-------------------|--------------|
| ・ 月経が止まった | ・ 陰部が(かゆい・痛い) | ・ むくみ |
| ・ 分娩希望(当院・帰省・その他) | ・ お腹が痛い | ・ 胸がドキドキする |
| [_____] | ・ 腰が痛い | ・ がんの検査 |
| ・ 中絶希望 | ・ しこりがある(お腹・陰部) | ・ 定期検診 |
| ・ 市販の妊娠検査薬の使用 | ・ 尿がちかい | ・ 子供がほしい |
| あり(+ ・ -) ・ なし | ・ 排尿時に痛む | ・ 産み分けをしたい |
| ・ 月経の異常 | ・ 熱がある | ・ 性生活の相談 |
| ・ 月経と違った出血 | ・ 頭痛・めまい・のぼせ | ・ 避妊の方法を知りたい |
| ・ おりものが多い | ・ 不眠・いらいら | ・ 性病の心配 |
| (赤・ピンク・褐色・黄色・白) | ・ 食欲がない・吐き気 | |

その他、症状・診察についてのご希望などあればお書きください

② あなたの月経について

- | | |
|-------------------------------|---------------------------------|
| 1. はじめての月経は | [_____ 才 (小・中 学 年)] |
| 2. 何才まで月経がありましたか | [_____ 才 まで] |
| 3. 最後の月経はいつでしたか | [_____ 年 月 日 から _____ 日間] |
| その前の月経は | [_____ 年 月 日 から _____ 日間] |
| 4. 月経は順調ですか | [順調 (周期 _____ 日型) ・ 不順] |
| | ※月経周期とは、月経開始日より次の月経開始の前日までの日数です |
| 5. 月経は何日くらい続きますか | [_____ 日間] |
| 6. 月経の量は | [多い ・ ふつう ・ 少ない] |
| 7. 月経時は痛みますか | [はい ・ いいえ] |
| 8. 月経時、他にどこかはぐあいが悪くなる場所がありますか | [はい ・ いいえ] |

③ あなたの妊娠・分娩について

- | | |
|--|--|
| 1. 性交(セックス)の経験がありますか | [はい ・ いいえ] |
| 2. 結婚について | [既婚 (_____ 才のとき) ・ 同棲中 ・ 婚約中 ・ 未婚] |
| 3. 妊娠したことはありますか | [はい ・ いいえ] |
| 4. 上記3. で「はい」に○をつけた方はお答えください | |
| [分娩(_____)回 ・ 自然流産(_____)回 ・ 人工妊娠中絶(_____)回] | |
| [_____ 年 月 正常・異常・帝王切開(妊娠 _____ 週頃): | g: 男・女: 当院・他院(_____)] |
| [_____ 年 月 正常・異常・帝王切開(妊娠 _____ 週頃): | g: 男・女: 当院・他院(_____)] |
| [_____ 年 月 正常・異常・帝王切開(妊娠 _____ 週頃): | g: 男・女: 当院・他院(_____)] |
| [_____ 年 月 正常・異常・帝王切開(妊娠 _____ 週頃): | g: 男・女: 当院・他院(_____)] |

次ページもご記入ください

④ 今までにかかった主な病気、受けた手術について

1. 病気になったり手術を受けたりしたことがありますか [はい ・ いいえ]

2. 上記 1. で「はい」に○をつけた方はお答えください

主な病気は

[病名： ・ 才のとき]

[病名： ・ 才のとき]

[病名： ・ 才のとき]

[病名： ・ 才のとき]

手術は

[術名： ・ 才のとき]

[術名： ・ 才のとき]

4. 輸血を受けたことがありますか [はい ・ いいえ]

5. 今までに使った薬や注射で副作用を起こしたことがありますか [はい ・ いいえ]

薬・注射の名前がわかればお書きください

[]

6. アレルギー体質と医師に言われたことがありますか [はい ・ いいえ]

7. 食べ物（牛乳など）でアレルギーを起こしたことがありますか [はい ・ いいえ]

食べ物の名前をお書きください []

8. 喘息にかかったことがありますか [はい ・ いいえ]

9. てんかんの発作が起きたことがありますか [はい ・ いいえ]

10. 現在、他の病気で病院にかかったり、薬を飲んだりしていますか [はい ・ いいえ]

病名・薬の名前がわかる場合はお書きください

[病名：]

[薬：]

⑤ あなたのご家族について

1. ご主人について

年齢 [才] ・ 職業 []

健康ですか [はい ・ いいえ]

今までにかかった病気は []

2. ご家族の中で、何か特別な病気の方がいますか

[いる（遺伝病・高血圧・糖尿病・がん・その他： ） ・ いない]

⑥ あなたのデータ

1. あなたの職業 []

2. 身長 [cm] ・ 体重 [kg] ・ 血液型 [型 RH + ・ -]

3. 飲酒の習慣がありますか [ない ・ ある（強い ・ ふつう ・ 弱い）]

4. 喫煙の習慣がありますか [ない ・ ある（1日 本）]