

外来診察問診表(女性) <その1> 初診来院時 年 月 日 (年月日は全て西暦で記入をしてください)

フリガナ
患者氏名 年齢 才 生年月日 年 月 日
身長 cm 体重 kg 職業

住所 〒

自宅電話番号 携帯電話番号

本人の勤務先 電話番号

夫の名前() 年齢()才 生年月日(年 月 日)

夫と(同居・別居・単身赴任・死亡) 夫の携帯電話番号

夫の勤務先 電話番号

*該当する項目を○で囲むか、空白にご記入ください。なお、不明な点はお尋ねください。

1. 現在入籍していますか? はい・いいえ
結婚年月日 (年 月 日) 結婚時の年齢 ()才

2. 診察に来られた主な症状は何ですか?
子供ができない・不正出血・月経痛・月経過多・おりものが多い・かゆみ・月経が遅れている・子宮癌検診
その他()

3. 婦人科的診察(内診・超音波)を受けたくない方は前もってお知らせください。
診察してもかまわない・診察は受けたくない

4. 今までに子宮癌検診を受けたことがありますか?
受けていない・受けた(年 月頃)

5. 当院に来られる前にどこかの産婦人科にかかりましたか? 複数ある方は①~③に記入してください。
受診していない・受診した
受診したとお答えした方は、紹介状が なし・あり(病院名:)

①産婦人科受診歴 →いつから(年 月)いつまで(年 月)どこに()
治療内容()

②産婦人科受診歴 →いつから(年 月)いつまで(年 月)どこに()
治療内容()

③産婦人科受診歴 →いつから(年 月)いつまで(年 月)どこに()
治療内容()

外来診察問診表(女性) <その3>

12. 現在のことについてお尋ねします。該当のものに○をつけて、詳しく記入してください。

・喫煙をしていますか いいえ はい (1日平均 本) 喫煙歴()年目

※以前は喫煙していた方…()歳まで(1日平均 本) 喫煙()年間喫煙していた

・夫は喫煙をしていますか いいえ はい

・アルコールは飲みますか 飲まない 飲む(/ 日)

・現在治療中の病気はありますか いいえ はい

※「はい」と答えた方は内容を具体的に()

・現在服用中の薬・サプリメントはありますか いいえ はい

※「はい」と答えた方…

薬… (病名:) に対して (薬剤名:) を (年 月) から服用中

サプリメント…() を (年 月) から服用中

・喘息はありますか いいえ はい(歳から 最終発作は 歳ごろ)

「はい」と答えた方使用している薬は? (吸入 内服)

・薬のアレルギーはありますか? いいえ はい (例:ピリジン系, ボルタレン, 抗生剤など)

内容()

・食べ物・植物・動物アレルギーはありますか? いいえ はい (例:鼻炎・さば・えび・猫など)

内容()

・卵アレルギーはありますか? いいえ はい

・大豆アレルギーはありますか? いいえ はい

・体を動かす際に何か支障がありますか? (例えば、股関節脱臼のため内診台に乗れないなど)

いいえ はい 内容()

13. 過去の治療についてお尋ねします。

今までに大きな病気をしたことはありますか? いいえ はい

「はい」と回答した方、内容()

(例:1980年肝炎、1995年甲状腺疾患(バセドウ病、甲状腺機能低下症など)2001年盲腸、2010年腹腔鏡)

・手術をしたことがありますか? いいえ はい / 手術日と内容()

・麻酔をしたことがありますか? いいえ はい

「はい」と答えた方、それはどんな麻酔ですか? また、なにか異常はありませんでしたか?

()

・輸血をしたことがありますか? いいえ はい

外来診察問診表(女性) <その4>

14. 下記の病気にかかったことはありますか？

*該当するものに○をつけてください。通院歴がある場合は詳しく記入してください。

<循環器系>

高血圧・心電図異常・不整脈・ドキドキすることがある・その他()

<呼吸器系>

気管支炎・結核・風邪のときゼーゼーする・肺炎・その他()

<内分泌系>

糖尿病・甲状腺機能低下症・甲状腺機能亢進症・その他()

<消化器系>

胃炎・胃/十二指腸潰瘍・腸炎・腸閉塞・すい炎・その他()

<耳鼻・咽喉科系>

難聴・聴覚障害・言語障害・その他()

<肝機能>

肝炎・肝硬変・その他()

<腎機能>

腎盂腎炎・ネフローゼ・その他()

<血液疾患>

貧血・血が止まりにくい(血小板減少)・血がかたまりやすい・特殊な血液型・その他()

<眼科系>

緑内障・網膜はく離・眼圧亢進症・その他()

<心療内科及び精神科>

うつ病・不眠症・摂食障害・その他()

<その他>

脳疾患・てんかん発作・突然の意識消失・悪性高熱・感染症・その他()

問診表<その1>~<その4>の記載した内容に間違いありません。

西暦 年 月 日 記入者氏名:

外来診察問診表(女性) <その5>

15.ご自身の心の健康についてお聞かせください

①現在、こころの調子はいかがですか？	a) 良い b) 普通 c) 良くない
②これまでにカウンセラーや心療内科、精神科に相談したことがありますか？	a) はい b) いいえ
③現在、カウンセラーや心療内科、精神科に相談をしていますか？ ※常用しているお薬がある方はご記入ください()	a) はい b) いいえ
④悩んだり心配があるときに、相談する人がいますか？	a) はい b) いいえ
⑤過去一か月の間に、気分が落ち込んだり、元気がなくなる、また絶望的になってしばしば悩まされたことがありますか？	a) はい b) いいえ
⑥過去一か月の間に、物事をすることに興味あるいは楽しみをほとんどなくして、しばしば悩まされたことがありますか？	a) はい b) いいえ
⑦過去一か月の間に、ほとんど毎日緊張感、不安感または神経過敏を感じることはありましたか？	a) はい b) いいえ
⑧過去一か月の間に、ほとんど毎日心配することを止められない、または心配をコントロールできないようなことがありましたか？	a) はい b) いいえ

参照：大分トライアル

問診票<その1>～<その5>の記載した内容に間違いありません。

西暦

年

月

日

記入者氏名(