

産婦人科外来問診票

受診日

氏名： 生年月日：S・H・R 年 月 日

年齢： 歳 職業： 身長（ cm）
体重（ kg）

● 本日来院された理由について、当てはまるものに○をつけて下さい。

- | | |
|-------------------------------------|------------------|
| 1. 妊娠（妊娠の診断・他院で健診中）
分娩予定施設（ ）・未定 | 9. 子宮が下がる |
| 2. 検診 | 10. 妊娠希望 |
| 3. 性器出血 | 11. 避妊希望 |
| 4. 月経（量が多い・疼痛が強い・不規則） | 12. 中絶希望 |
| 5. おりもの | 13. 性感染症検査希望 |
| 6. できもの（しこり） | 14. 産後健診 |
| 7. 腹痛 | 15. 内服薬希望（薬剤名： ） |
| 8. 排尿障害（排尿時痛・尿が近い・尿漏れ） | 16. その他（ ） |

● 上記症状はいつからですか？どのように始まりましたか？

[]

● 月経について

初経は（ ）歳
月経周期は（規則的・普段から不規則）、（ ）日周期で（ ）日間続く
量は（少・中・多）、血の塊が出ることは（無・有）
月経痛は（無・弱・強）、痛み止めを使用（しない・する）
最後にあった月経は（ ）月（ ）日から（ ）日間
閉経は（ ）歳

● 結婚はされていますか？（未婚・初婚・再婚・離別・死別）

● 性交渉をいままでにしたことはありますか？（無・有）

● 妊娠したことはありますか？（無・有）

（ ）歳の時：妊娠__週（経膈分娩・帝王切開・流産・中絶・子宮外妊娠）
（ ）歳の時：妊娠__週（経膈分娩・帝王切開・流産・中絶・子宮外妊娠）
（ ）歳の時：妊娠__週（経膈分娩・帝王切開・流産・中絶・子宮外妊娠）
（ ）歳の時：妊娠__週（経膈分娩・帝王切開・流産・中絶・子宮外妊娠）

● 子宮がん検診を受けたことがありますか？

無・有（最後の検診はいつ受けましたか： 年 月頃）
（検診結果：問題なし・問題あり： ）

● 今までに経験した病気や現在治療している病気はありますか？

無・有（ ）

● 今までに手術をしたことはありますか？

無・有（ ）

● 現在内服している薬・漢方薬・サプリメント、または以前内服していた薬はありますか？

無・有（ ）

裏面もご確認ください

- アレルギーはありますか？ 無・有：喘息・薬物（ ）食物（ ）
金属（ ）花粉症・その他（ ）
- たばこは吸いますか？（はい ____本/日・以前吸っていた・いいえ）
- お酒は飲みますか？（はい・いいえ）

- 血縁者で病気になったことのある方はいますか？（無・有）

※“有”の場合、いずれかに○をして下さい。

（糖尿病・高血圧・がん・その他：_____）

- 血縁者で“がん”になられた方がおられる場合

父母・子供・兄弟姉妹・祖父母・おじ/おば・おい/めい・いとこ、など血のつながりのある
親戚についてお答え下さい。

※発病後に治った場合も記載してください。

続柄（_____）、発病年齢（_____）歳：

卵巣がん(卵管がんや腹膜がんを含む)・子宮体癌・子宮頸がん・乳がん・大腸がん・胃がん・
前立腺癌・小腸がん・腎盂/尿管がん・その他（_____）

続柄（_____）、発病年齢（_____）歳：

卵巣がん(卵管がんや腹膜がんを含む)・子宮体癌・子宮頸がん・乳がん・大腸がん・胃がん・
前立腺癌・小腸がん・腎盂/尿管がん・その他（_____）

続柄（_____）、発病年齢（_____）歳：

卵巣がん(卵管がんや腹膜がんを含む)・子宮体癌・子宮頸がん・乳がん・大腸がん・胃がん・
前立腺癌・小腸がん・腎盂/尿管がん・その他（_____）

- 血縁者に“乳がん”もしくは“卵巣がん”になられた方がおられる場合

該当する項目に○をつけて下さい。

- （ ） 40 歳未満で乳がんを発症した方はいますか？
- （ ） 年齢を問わず、卵巣がん（卵管がん・腹膜がんを含む）の方はいますか？
- （ ） お一人の方が乳がんを 2 回以上発症した方はいますか？（再発ではない場合）
- （ ） 男性の方で乳がんを発症された方はいますか？
- （ ） 乳がんを発症された方が 3 名以上いますか？（ご本人が乳がんにかかれたことのある
場合は、ご本人も含みます）
- （ ） “トリプルネガティブ乳がん”といわれた方はいますか？
- （ ） “BRCA 遺伝子”という遺伝子に異常（＝変異）が確認された方はいますか？

◎ご協力をお願い

- ・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いたします。
- ・マイナ保険証を利用される場合、他院での薬の処方実績や特定健診などについて、
当院で利用することに了承頂いたものとします。ご了承ください。
- （ただし、保険証確認の際にカードリーダーで同意された方だけが対象です）