

# 問診票( 婦人科 )

受診日 年 月 日

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |   |    |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|----|--|
| (ふりがな)<br>お名前                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 様 | 年齢 |  |
| <p>1. マイナ保険証(マイナンバーカードの健康保険証利用)による情報取得に同意しますか？</p> <p><input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; margin-top: 5px;"> <p>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。<br/>                 正確な情報を取得・活用するために、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。<br/>                 ●医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時)加算1 4点 (マイナ保険証を利用しない場合)<br/>                 ●医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時)加算2 2点 (マイナ保険証を利用した場合)</p> </div> |   |    |  |
| <p>2. 他の医療機関からの紹介状はありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |   |    |  |
| <p>3. 本日はどのようなことで受診されましたか？</p> <p>症状 ( )</p> <p>それはいつからですか？ ( )</p> <p>その症状で他院を受診したことがありますか？ <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい(病院名: )</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                      |   |    |  |
| <p>4. 現在、他の病院に通院されていますか？ <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい</p> <p>また、処方されている薬はありますか？ <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい *お薬手帳 <input type="checkbox"/>持参あり <input type="checkbox"/>持参なし</p> <p style="text-align: right; font-size: small;">※お薬手帳を提示していただければ薬の記載は不要です</p> <p>(病名 ) (病院名 ) (薬名 1日 回 日分)</p> <p>(病名 ) (病院名 ) (薬名 1日 回 日分)</p>                                                                |   |    |  |
| <p>5. これまでに手術をしたり、大きな病気にかかったことはありますか？ <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい</p> <p>(何歳 : 病名: 病院名: )</p> <p>(何歳 : 病名: 病院名: )</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |   |    |  |
| <p>6. この1年間で健診(特定健診または高齢者健診)を受診しましたか？</p> <p><input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい (いつ: 指摘事項: )</p> <p>子宮がん検診について</p> <p>・子宮がん検診を受けたことがありますか <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p>・「はい」とお答えの方は、最後に受けた時期はいつですか 年 月ころ</p>                                                                                                                                                                                   |   |    |  |
| <p>7. 薬や食べ物、金属でアレルギーはありますか？</p> <p>薬 : <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい ( ) 金属 : <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい ( )</p> <p>食べ物 : <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい ( )</p>                                                                                                                                                                                                       |   |    |  |
| <p>8. 女性の方へ 授乳中ですか？ <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |   |    |  |
| <p>9. 喫煙・飲酒についてお答えください</p> <p>喫煙 : <input type="checkbox"/>吸わない <input type="checkbox"/>吸う( 本/日、喫煙歴 年間)</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/>以前吸っていた( 本/日、喫煙歴 年間)( 年前にやめた )</p> <p>アルコール : <input type="checkbox"/>飲まない <input type="checkbox"/>飲む (何を どれくらい )</p>                                                                                                                                                            |   |    |  |
| <p>10. 最近の身長・体重を教えてください</p> <p>身長 _____cm 体重 _____kg</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |   |    |  |

11.月経について

- 1)一番最後の月経は \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日から( \_\_\_\_\_ )日間
- 2)いつもと同じでしたか  はい  いいえ ( いつもより少ない・多い )
- 3)妊娠反応の検査はしましたか  陽性 ( / )  陰性 ( / )  していない
- 4)閉経された方はおいくつの時ですか(閉経後の方のみ) \_\_\_\_\_歳
- 5)始めて月経があったのは、おいくつのときですか \_\_\_\_\_歳
- 6)周期は何日型ですか(月経が始まってから、次の月経の前日まで)  
 早いとき( \_\_\_\_\_ )日位 遅いとき( \_\_\_\_\_ )日位 量( 多・普通・少 )
- 7)月経時、下記の症状はありますか  
 腹痛・腰痛・吐き気・頭痛・体の具合が悪い・その他( \_\_\_\_\_ )
- 8)月経痛がある方は、10段階評価でどの程度でしょうか。○をつけて下さい  
 痛みがない 0・1・2・3・4・5・6・7・8・9・10 強烈な痛み
- 9)月経痛がある方は、痛み止めを使いますか  
 使わない  使う (薬品名 \_\_\_\_\_ )

12.結婚・妊娠・分娩について

- 1)結婚していますか  はい( \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月)  いいえ
- 2)性交渉の経験はありますか  はい  いいえ
- 3)婦人科は受診をしたことがありますか  はい  いいえ
- 4)妊娠をしたことはありますか  はい  いいえ

妊娠・出産をしたことがある方は、下の表に数字または○を記入して下さい。

|     | 年齢 | 正常分娩 | 吸引分娩 | 帝王切開 | 流産 | 人工中絶 | その他 | 病院名 |
|-----|----|------|------|------|----|------|-----|-----|
| 年 月 | 歳  |      |      |      |    |      |     |     |
| 年 月 | 歳  |      |      |      |    |      |     |     |
| 年 月 | 歳  |      |      |      |    |      |     |     |
| 年 月 | 歳  |      |      |      |    |      |     |     |
| 年 月 | 歳  |      |      |      |    |      |     |     |
| 年 月 | 歳  |      |      |      |    |      |     |     |

13.ご家族で遺伝する病気や大きな病気をした方がいらっしゃいましたら、続柄と病名を記載して下さい。

( \_\_\_\_\_ )

\*産科婦人科外来で血圧を測定して、問診票と共に窓口へ提出して下さい。

血圧計は9番予診・処置室の横にあります。