

# 外 来 問 診 票

氏 名		年 齢	歳	ご職業	
身 長	c m	体 重			k g

下記の質問に答えて受付にお渡し下さい。

**1. どうなさいましたか？（あてはまるものに○印をつけて下さい）**

出血・腹痛・おりもの・外陰のかゆみ又は痛み・生理不順・月経痛・生理をずらす  
 避妊（ピル・リング）・ブライダルチェック・尿が近い・のぼせ・いらいら  
 癌検診希望（乳 癌・子宮癌・大腸癌）・肝炎ウイルス検診・緊急ピル  
 更年期・子供が出来ない(不妊)・風疹ワクチン・子宮頸がんワクチン  
 妊娠の疑い・・・自分で検査した（ 月 日）  
 他病院で検査した（ 月 日）（医療機関名： \_\_\_\_\_）  
 検査していない

今回、妊娠の時は出産予定ですか（はい・いいえ・考え中）

※『はい』（出産予定）とお答えの方・・・出産場所は（ 当院希望・他院・未定 ）

上記の症状は、いつからありますか？（ 年 月 日から）  
 その他（ \_\_\_\_\_ ）

スタッフ記入欄

**2. 最近、子宮癌の検査を受けられたのはいつですか？**

（ 検査した事なし ・ [ 年 月 検査した ] ）

**3. あなたの月経についてお答えください。**

初経（ 歳），閉経（ 歳）  
 最近、最後の月経はいつでしたか？

年 月 日から 日間（その前の生理は、 年 月 日から 日間）  
 月経周期は 日型、毎月（早くなる・遅くなる） 日間  
 月経で気になる事がありますか？（ \_\_\_\_\_ ）

スタッフ記入欄

**4. 性交（セックス）の経験がありますか？** （はい・いいえ）

**5. 結婚されていますか？** （いいえ・はい 年 月 結婚(予定)）（ 初婚・再婚 ）  
 ご主人は（年齢 歳），（ 初婚・再婚 ），健康ですか？（はい・いいえ）

**6. 妊娠された事がありますか？** （はい・いいえ）

出産 回，最後の出産は 年 月 出産場所（ \_\_\_\_\_ ）  
 正常分娩でしたか？（はい・いいえ）  
 自然流産 回，人工妊娠中絶 回

**7. 今までにかかった病気がありますか？** （はい・いいえ）

高血圧・糖尿病・心臓病・喘息・うつ病・パニック障害・過換気症候群  
 その他（ \_\_\_\_\_ ）

**8. 手術された事がありますか？** （はい・いいえ）

盲腸・帝王切開・子宮筋腫・卵巣囊腫・子宮外妊娠・乳癌・豊胸手術  
 その他（ \_\_\_\_\_ ）

**9. 今、治療を受けている病気がありますか？** （はい・いいえ）

病名： \_\_\_\_\_ いつから： \_\_\_\_\_ 病院名： \_\_\_\_\_

**10. 今、服用されている薬はありますか？** （ない・ある）

ある場合（薬品名： \_\_\_\_\_ ）

**11. 薬・注射・食べ物のアレルギーはありますか？** （はい・いいえ）

何のアレルギーですか？（ \_\_\_\_\_ ）

※ この問診票は、患者様自身の医療サービス提供のために利用いたします。