

扇町レディースクリニック 一般産婦人科問診表

年 月 日

この問診表は、皆様の診療をより良いものにするため、大変参考になります。診察時に再度詳しくお話を伺いますが、ご自分でおわかりになる範囲でご記入頂きたく存じます。守秘義務は厳守いたします。

お名前 ご年齢 歳

1) 今日どのような事でおいでのになりましたか？(当てはまる項目に をご記入下さい。複数回答可)
1. 育児希望(妊娠に向けてのご相談) 2. 婦人科検診希望 3. 産後・術後の検診希望
4. 月経がこない 5. 普通でない出血がある 6. 月経不順がある
7. 生理痛がひどい 8. おりものが多し、においがある 9. 痒みがある
10. お腹が痛む 11. 頭痛がひどい 12. 更年期障害の相談
13. 他院で異常を指摘された(異常の種類:子宮筋腫・卵巣嚢腫・子宮内膜症・がん検診の異常)
14. その他()

(看護師記入欄)

初診日: / /

身長(cm):

体重(kg):

血圧(mmHg):

脈(bpm):

2) 他院で診てもらったことがありますか ある ない
「ある」の場合、どの病院でどのような説明を受けましたか？
(病院 科)
[]

3) いつ頃からお気づきになりましたか？
_____ 日前、 _____ ヶ月前、 _____ 年前

4) 月経について
1. 初めての月経は？ _____ 歳
2. 一番最近の月経は？ _____ 年 _____ 月 _____ 日より _____ 日間
3. その前の月経は？ _____ 年 _____ 月 _____ 日より _____ 日間
4. 月経が始まった日から、次の月経が始まる前の日まで
_____ 順調・ほぼ順調(_____ 日おき)・不順(短いとき _____ 日おき・長いとき _____ 日おき)
5. 月経が始まった日から終わるまで _____ 日間続く
6. 月経の量は？ 多い・普通・少ない
7. 月経に伴う症状について 頭痛・下腹部痛・腰痛・その他(_____)
8. 月経時に痛み止めを使いますか？ 使う(薬品名: _____)・使わない

5) ご結婚について
1. 結婚されていますか？ 独身・既婚・同居する事実婚・その他(_____)
2. 避妊の方法について 必要なし・リズム・タイミング法・コンドーム法・IUD・その他
3. 妊娠されたことがありますか？ はい・いいえ
_____ 歳(中絶・流産・分娩) _____ ヶ月 (男・女 _____ g)
_____ 歳(中絶・流産・分娩) _____ ヶ月 (男・女 _____ g)
_____ 歳(中絶・流産・分娩) _____ ヶ月 (男・女 _____ g)

6) 今までに大きな病気や、手術を受けたことがありますか？ ある ない
「ある」の場合、いつ頃どんな病気や手術でしたか？
[]

7) 現在、服用している薬はありますか？ ある ない
「ある」の場合、どのようなお薬を飲んでいますか？ []

8) 今までに薬などでアレルギーなどの副作用を経験したことがありますか？ ある ない
「ある」の場合、どのようなお薬を飲んでいますか？ []

9) ご兄弟はおられますか？ いる(兄 _____ 人 姉 _____ 人 弟 _____ 人 妹 _____ 人) いない

10) ご家族やご親戚で次のような病気にかかったことのある方はいらっしゃるでしょうか？
心臓病(_____) 糖尿病(_____) 高血圧(_____) 脳卒中(_____) 結核(_____)
喘息・アレルギー(_____) 乳腺疾患(乳がん(_____) その他(_____)
婦人科系疾患(子宮体がん(_____) 子宮頸がん(_____) 子宮筋腫(_____)
子宮内膜症(_____) 卵巣がん(_____) 卵巣嚢腫(_____) その他(_____)
がん(大腸(_____) 胃(_____) その他(_____))・いない

11) 嗜好品について
煙草: 吸う(_____ 本/日、 _____ 年間)・吸わない・やめた(_____ 年前)
お酒: 飲む・飲まない(_____ /日)

12) ご本人および配偶者(パートナー)が、以下の感染症の既往もしくは疑いを指摘されたことがありますか？
ご本人: ある(B型肝炎・C型肝炎・HIV・梅毒)・ない・検査をしていない
配偶者: ある(B型肝炎・C型肝炎・HIV・梅毒)・ない・検査をしていない