問診票

初診日　令和＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

お名前＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　生年月日　昭和・平成・令和＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

年齢（満）＿＿＿歳　身長＿＿＿cm　体重＿＿＿kg　ご職業＿＿＿＿＿＿

１）今日はどのようなことで受診されましたか？（あてはまる項目に〇をつけて下さい）

１．子供が出来ない。
２．流産を繰り返す。
３．出血があった。
４．生理不順
５．おりものが多い
６．陰部のかゆみ・痛み・腫れ
７．更年期障害の相談
（ほてり・発汗・イライラ・不眠など）
８．避妊の相談
９．避妊ピル希望（常用・緊急）
１０．生理痛
１１．生理の量が多い。
１２．子宮がん検診希望（頸癌・体癌）
１３．妊娠しているかどうか
（分娩希望・中絶希望）
１４．お腹が痛い
１５．生理予定日をずらしたい
１６．その他（　　）

＊1,2,8,9,12,13 以外の症状の方：

①その症状はいつごろからありますか：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

②その症状は発症後どのように経過してきましたか：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

２）あなたの月経について

①初めての月経は何歳の時でしたか。＿＿＿歳

②月経周期（月経が始まった日から次の月経の前日までの期間）は順調ですか不順ですか。

順調（＿＿＿日間）　不順（1 週間以上のずれがある）（短い時＿＿＿日間、長い時＿＿＿日間）

③月経は何日間続きますか。＿＿＿日間

④月経時、下腹痛や腰痛はありますか。　ある：痛み止めは使いますか（はい・いいえ）・ない

⑤月経の量はどのくらいだと感じますか。　多い（血のかたまりが　ある・ない）・普通・少ない

⑥最近の月経はいつからでしたか。令和＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日から＿＿＿日間

⑦閉経（1 年以上月経がない）の年齢は何歳でしたか。＿＿＿歳

３）結婚について（あてはまる項目に〇をつけて下さい）

結婚（昭和・平成・令和＿＿＿年＿＿＿月　＿＿＿歳）・離婚（＿＿＿歳）・死別（＿＿＿歳）・未婚

４）婦人科受診・妊娠歴について

性行為の経験はありますか。　はい・いいえ

婦人科を受診され、内診・経腟超音波検査を受けたことがありますか。　はい・いいえ

妊娠された事はありますか。　　はい（　　回）・いいえ

出産された事はありますか。　　はい（　　回）・いいえ

妊娠・出産歴がある方へ：分かる範囲でいいですので下記にご自身の妊娠歴をご記入下さい。

1回目＿＿＿歳：経膣分娩（＿＿週＿＿＿＿g　男・女）・流産（＿＿週）・中絶（＿＿週）

帝王切開（＿＿週＿＿＿＿g　男・女　手術理由＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

2回目＿＿＿歳：経膣分娩（＿＿週＿＿＿＿g　男・女）・流産（＿＿週）・中絶（＿＿週）

帝王切開（＿＿週＿＿＿＿g　男・女　手術理由＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

3回目＿＿＿歳：経膣分娩（＿＿週＿＿＿＿g　男・女）・流産（＿＿週）・中絶（＿＿週）

帝王切開（＿＿週＿＿＿＿g　男・女　手術理由＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

4回目＿＿＿歳：経膣分娩（＿＿週＿＿＿＿g　男・女）・流産（＿＿週）・中絶（＿＿週）

帝王切開（＿＿週＿＿＿＿g　男・女　手術理由＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

5）今までにかかったことのある主な病気、受けた手術、健康状態について

①今までに何か大きな病気にかかった事や手術をした事がありますか。　　はい・いいえ

はいと答えられた方へ：高血圧（　　歳　医療機関名：　　治療内容　　）

糖尿病（　　歳　医療機関名：　　治療内容　　）

甲状腺機能障害（　　歳　医療機関名：　　治療内容　　）

腎臓病（　　歳　医療機関名：　　治療内容　　）

肝臓病（　　歳　医療機関名：　　治療内容　　）

ぜんそく（　　歳　医療機関名：　　治療内容　　）

心臓病（　　歳　医療機関名：　　治療内容　　）

高脂血症（　　歳　医療機関名：　　治療内容　　）

その他（病名：　　歳　医療機関名：　　治療内容　　）

（病名：　　歳　医療機関名：　　治療内容　　）

手術：＿＿＿＿＿＿（　　歳　医療機関名：　　）＿＿＿＿＿＿（　　歳　医療機関名：　　）

②現在、他の医療機関に通院されていますか。　　はい・いいえ

はい　と答えられた方へ：医療機関名＿＿＿＿＿＿＿＿＿初診日＿＿＿＿＿病名＿＿＿＿＿＿

お薬（種類：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

手術　あり（手術名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿施行日：＿＿＿）・なし

③　②のお薬も含めて現在、飲んでいる薬はありますか。；マイナ保険証による情報取得に同意された方は直近１か月以内のお薬のみの記入で大丈夫です。

はい（ア＿＿＿＿＿＿＿＿イ＿＿＿＿＿＿＿＿ウ＿＿＿＿＿＿＿＿エ＿＿＿＿＿＿＿＿）・いいえ

はい　と答えられた方へ：ア（そのお薬の用量＿＿錠（包）/日＿処方日＿＿＿＿期間＿＿＿日分）

イ（そのお薬の用量＿＿錠（包）/日＿処方日＿＿＿＿期間＿＿＿日分）

ウ（そのお薬の用量＿＿錠（包）/日＿処方日＿＿＿＿期間＿＿＿日分）

④これまでに使った薬や注射で、気分が悪くなったり、発疹が出るなどの副作用を起こした事がありますか。　はい（何の薬ですか＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）・いいえ

⑤アレルギー体質と思われますか。　はい（何のアレルギーですか＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）・いいえ

はい　と答えられた方：どのようなアレルギー症状が出ましたか（　　）

⑥ご家族（血縁者）に生活習慣病の病歴はありますか。(例)糖尿病・高血圧・癌など・・・）

ある（続柄と病名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）・いいえ

⑦タバコは吸われますか。　はい（1 日＿＿＿本＿＿＿歳頃から）・いいえ

⑧飲酒はされますか。　はい（ほぼ毎日・週２～３日・たまに）・いいえ

はいと答えられた方へ：１回の飲酒量はどれぐらいですか。

[ビール＿＿＿ml、日本酒＿＿合、焼酎＿＿合、その他（　　）＿＿＿ml]

⑨食欲はありますか。　はい・いいえ

⑩熟睡はできていますか。　はい・いいえ

⑪便通はいいですか。　はい・いいえ

６）オンライン資格確認について

マイナ保険証による診療情報取得に同意されますか。　はい・いいえ

７）他の医療機関からの紹介について

本日他の医療機関からの紹介状を持参しましたか。　はい（医療機関名：＿＿＿＿＿＿＿）・いいえ

８）健診・検診歴

①この１年間で健康診断を受けられましたか。　はい・いいえ

はい　と答えられた方へ：受診されたのはいつですか：令和　　年　　月

指摘事項はありましたか：あり（　　）・なし

（特定健診および高齢者健診についてはマイナ保険証による情報取得に同意された方は記載不要です）

②この１年間で子宮頚がん検診を受けられましたか。　はい（　　年　　月）・いいえ

はい　と答えられた方へ：異常なし・異常あり（診断内容：　　）

６）本日、特に相談されたい事があればご記入下さい。

連絡先電話番号（携帯＿＿＿＿＿＿＿＿　ご自宅＿＿＿＿＿＿＿＿）

ご住所　〒＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

緊急時連絡先：検査結果や処置時間の変更などで連絡が必要な場合がありますので、必ずご記入下さい。

クリニックからのお電話は（個人名で・病院名で）（携帯に・ご自宅に・どちらでも可）かけてほしい。

お留守の場合、留守番電話にて内容をお伝えしてもよろしいですか？（はい・いいえ）