

外来診察問診表(女性) <その1> 初診来院時 年 月 日 (年月日は全て西暦で記入をしてください)

フリガナ
患者氏名 年齢 才 生年月日 年 月 日
身長 cm 体重 kg 職業

住所 〒

自宅電話番号 携帯電話番号

本人の勤務先 電話番号

夫の名前() 年齢()才 生年月日(年 月 日)

夫と(同居・別居・単身赴任・死亡) 夫の携帯電話番号

夫の勤務先 電話番号

血縁の方に持病があれば記入してください。(癌・結核・糖尿病・高血圧・脳卒中・リウマチ・麻酔によるショックなど)
(亡くなった方は原因をお書きください) ※癌の場合は場所までご記入ください。

父() 母() 兄弟姉妹()

父方→祖父() 祖母() 叔父() 叔母() いとこ()

母方→祖父() 祖母() 叔父() 叔母() いとこ()

*該当する項目を○で囲むか、空白にご記入ください。なお、不明な点はお尋ねください。

1. 現在入籍していますか? はい・いいえ

結婚年月日(年 月 日) 結婚時の年齢()才

2. 診察に来られた主な症状は何ですか?

子供ができない・不正出血・月経痛・月経過多・おりものが多い・かゆみ・月経が遅れている・子宮癌検診
その他()

3. 婦人科的診察(内診・超音波)を受けたくない方は前もってお知らせください。

診察してもかまわない・診察は受けたくない

4. 今までに子宮癌検診を受けたことがありますか?

受けていない・受けた(年 月頃)

5. 当院に来られる前にどこかの産婦人科にかかりましたか? 複数ある方は①~③に記入してください。

受診していない・受診した

受診したとお答えした方は、紹介状が なし・あり(病院名:)

①産婦人科受診歴 →いつから(年 月)いつまで(年 月)どこに()

治療内容()

②産婦人科受診歴 →いつから(年 月)いつまで(年 月)どこに()

治療内容()

③産婦人科受診歴 →いつから(年 月)いつまで(年 月)どこに()

治療内容()

外来診察問診表(女性) < その2 >

6. 月経について記入してください。

①月経は()才の時に始まった(初潮) 閉経されている方は()才

②一番最近の月経は()月()日~()月()日

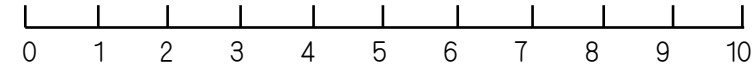
③月経は順調か、不順か (順調にある・時々不順になる・常に不順である・ここ2~3ヶ月月経がない)

④月経周期は()日で、()日間出血がある

⑤月経の量は 普通・少量・多量・塊がでる・その他()

⑥月経痛は ない ある ()日間

⑦月経痛の度合いは右記の0~10では()に当てはまる



なし

これ以上の強い痛みは考えられない

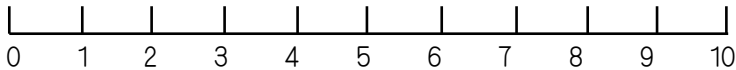
⑧月経痛がある方は痛みの内容

内容: 腰痛・下腹部痛・痛み止めを飲む・頭痛・吐き気・めまい・寝込む()日間

仕事を休む()日間・その他()

7. 性交痛 ない 時々ある ある

性交痛の度合いは右記の0~10では()に当てはまる



なし

我慢できないので行為ができない

8. 避妊期間 ない ある(年 月 まで)

9. 夫婦生活について該当するものを選んでください。

①月に何回くらい性生活をしていますか? ()回/月

※性生活が持てない方(理由:)

②性生活の悩みはありますか? ある ない

※「ある」と答えた方は内容を具体的に()

③排卵日を意識して性生活をしていますか? はい いいえ 時々意識する

10. 現在までの妊娠についてお答えください。

①一度も妊娠したことがない

②()回妊娠し、そのうち()回流産、()回異所性妊娠、()回人工中絶

()回出産し、()人健在

帝王切開の理由



年 月:妊娠 ヶ月 人工中絶・流産・正常産・異所性妊娠・異常産()・帝王切開()

年 月:妊娠 ヶ月 人工中絶・流産・正常産・異所性妊娠・異常産()・帝王切開()

年 月:妊娠 ヶ月 人工中絶・流産・正常産・異所性妊娠・異常産()・帝王切開()

年 月:妊娠 ヶ月 人工中絶・流産・正常産・異所性妊娠・異常産()・帝王切開()

年 月:妊娠 ヶ月 人工中絶・流産・正常産・異所性妊娠・異常産()・帝王切開()

外来診察問診表(女性) <その3>

11. 現在のことについてお尋ねします。該当のものに○をつけて、詳しく記入してください。

・喫煙をしていますか いいえ はい (1日平均 本) 喫煙歴()年目

※以前は喫煙していた方…()歳まで(1日平均 本) 喫煙()年間喫煙していた

・夫は喫煙をしていますか いいえ はい

・アルコールは飲みますか 飲まない 飲む(/ 日)

・現在治療中の病気はありますか いいえ はい

※「はい」と答えた方は内容を具体的に()

・現在服用中の薬・サプリメントはありますか いいえ はい

※「はい」と答えた方…

薬… (病名:) に対して (薬剤名:) を (年 月) から服用中

サプリメント…() を (年 月) から服用中

・喘息はありますか いいえ はい(歳から 最終発作は 歳ごろ)

「はい」と答えた方使用している薬は？(吸入 内服)

・薬のアレルギーはありますか？ いいえ はい (例:ピリジン系, ボルタレン, 抗生剤など)

内容()

・食べ物・植物・動物アレルギーはありますか？ いいえ はい (例:鼻炎・さば・えび・猫など)

内容()

・卵アレルギーはありますか？ いいえ はい

・大豆アレルギーはありますか？ いいえ はい

・体を動かす際に何か支障がありますか？(例えば、股関節脱臼のため内診台に乗れないなど)

いいえ はい 内容()

12. 過去の治療についてお尋ねします。

今までに大きな病気をしたことはありますか？ いいえ はい

「はい」と回答した方、内容()

(例:1980年肝炎、1995年甲状腺疾患(バセドウ病、甲状腺機能低下症など) 2001年盲腸、2010年腹腔鏡)

・手術をしたことがありますか？ いいえ はい / 手術日と内容()

・麻酔をしたことがありますか？ いいえ はい

「はい」と答えた方、それはどんな麻酔ですか？また、なにか異常はありませんでしたか？

()

・輸血をしたことがありますか？ いいえ はい

外来診察問診表(女性) <その4>

13. 下記の病気にかかったことはありますか？

*該当するものに○をつけてください。通院歴がある場合は詳しく記入してください。

<循環器系>

高血圧・心電図異常・不整脈・ドキドキすることがある・その他()

<呼吸器系>

気管支炎・結核・風邪のときゼーゼーする・肺炎・その他()

<内分泌系>

糖尿病・甲状腺機能低下症・甲状腺機能亢進症・その他()

<消化器系>

胃炎・胃/十二指腸潰瘍・腸炎・腸閉塞・すい炎・その他()

<耳鼻・咽喉科系>

難聴・聴覚障害・言語障害・その他()

<肝機能>

肝炎・肝硬変・その他()

<腎機能>

腎盂腎炎・ネフローゼ・その他()

<血液疾患>

貧血・血が止まりにくい(血小板減少)・血がかたまりやすい・特殊な血液型・その他()

<眼科系>

緑内障・網膜はく離・眼圧亢進症・その他()

<心療内科及び精神科>

うつ病・不眠症・摂食障害・その他()

<その他>

脳疾患・てんかん発作・突然の意識消失・悪性高熱・感染症・その他()

外来診察問診表(女性) <その5>

14.ご自身の心の健康についてお聞かせください

①現在、こころの調子はいかがですか？	a) 良い b) 普通 c) 良くない
②これまでにカウンセラーや心療内科、精神科に相談したことがありますか？	a) はい b) いいえ
③現在、カウンセラーや心療内科、精神科に相談をしていますか？ ※常用しているお薬がある方はご記入ください()	a) はい b) いいえ
④悩んだり心配があるときに、相談する人がいますか？	a) はい b) いいえ
⑤過去一か月の間に、気分が落ち込んだり、元気がなくなる、また絶望的になってしばしば悩まされたことがありますか？	a) はい b) いいえ
⑥過去一か月の間に、物事をすることに興味あるいは楽しみをほとんどなくして、しばしば悩まされたことがありますか？	a) はい b) いいえ
⑦過去一か月の間に、ほとんど毎日緊張感、不安感または神経過敏を感じることはありませんでしたか？	a) はい b) いいえ
⑧過去一か月の間に、ほとんど毎日心配することを止められない、または心配をコントロールできないようなことがありましたか？	a) はい b) いいえ

参照：大分トライアル

問診票<その1>～<その5>の記載した内容に間違いありません。

西暦

年

月

日

記入者氏名(