

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:
ホルモン検査・通水・タイミング法・腹腔鏡検査・人工授精()回・体外受精()回・胚移植()回

子宮卵管造影検査⇒(施行日: 年 月)(結果:)

その他()

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:
ホルモン検査・通水・タイミング法・腹腔鏡検査・人工授精()回・体外受精()回・胚移植()回

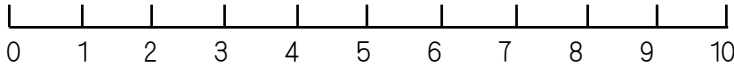
子宮卵管造影検査⇒(施行日: 年 月)(結果:)

その他()

外来診察問診表(女性) <その2>

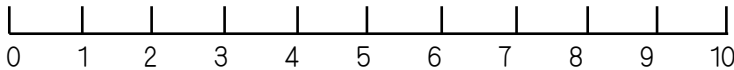
6. 月経について記入してください。

- 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



- ⑧月経痛がある方は痛みの内容 なし これ以上の強い痛みは考えられない
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 性経験がない
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
飲む頻度(/ 日) (例: 毎日の場合→30/30日、週1回の場合→1/7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, ポルタレン, 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 >

なし・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 >

なし・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 >

なし・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 >

なし・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 >

なし・難聴・聴覚障害・言語障害・その他()

< 肝機能 >

なし・肝炎・肝硬変・その他()

< 腎機能 >

なし・腎盂腎炎・ネフローゼ・その他()

< 血液疾患 >

なし・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 >

なし・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 >

なし・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(