

外来診察問診票 (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 職業

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・不妊症・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. 今までに子宮頸癌検診、乳癌検診を受けたことがありますか?  
子宮頸癌: 受けていない・受けた( 年 月頃): 異常なし・異常あり( )  
乳癌: 受けていない・受けた( 年 月頃): 異常なし・異常あり( )

5. 風疹抗体を測ったことがありますか?  
ある ( 測定時期: 年 月 ) ( 倍) ・ ない

6. 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・②に記入してください。  
受診していない・受診した → 紹介状: なし・あり(病院名: )

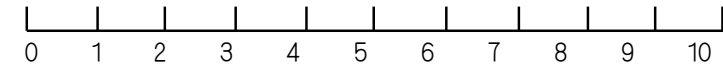
①産婦人科受診歴 →いつから( 年 月)いつまで( 年 月)どこに( )  
治療内容:  
ホルモン検査・通水・タイミング法・腹腔鏡検査・人工授精( )回・体外受精( )回・胚移植( )回  
自己注射・子宮卵管造影検査⇒(施行日: 年 月) (結果: )  
その他( )

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  
自己注射・子宮卵管造影検査⇒(施行日: 年 月) (結果: )  
その他( )

# 外来診察問診票（女性）＜その2＞

## 7. 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 がある ( )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

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( )

## 8. 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



## 9. 避妊期間 ない ある( 年 月 まで)

## 10. 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

## 11. 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 →現在 授乳中・断乳済 帝王切開の理由 ↓  
年 月: 妊娠 週 人工中絶・流産・正常産・異所性妊娠・異常産( )・帝王切開( )  
病院名( )  
年 月: 妊娠 週 人工中絶・流産・正常産・異所性妊娠・異常産( )・帝王切開( )  
病院名( )  
年 月: 妊娠 週 人工中絶・流産・正常産・異所性妊娠・異常産( )・帝王切開( )  
病院名( )  
年 月: 妊娠 週 人工中絶・流産・正常産・異所性妊娠・異常産( )・帝王切開( )  
病院名( )  
年 月: 妊娠 週 人工中絶・流産・正常産・異所性妊娠・異常産( )・帝王切開( )  
病院名( )

## 外来診察問診票（女性）＜その3＞

12.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（                    ）

13.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

## 外来診察問診票（女性）〈その4〉

14. 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・乳腺疾患・その他( )

# 外来診察問診票（女性）＜その5＞

15.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) 良くない b) 普通 c) 良い
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) いいえ b) はい
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がありましたか？	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できましたか？	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( )

# 新型コロナウイルス(COVID-19)に関する問診票

以下のすべての項目のどちらかに○をお付け下さい。

## 1. (初診当日より)7日以内に、以下のような症状はありませんか？

- |                 |    |    |
|-----------------|----|----|
| ①37.5℃以上の発熱     | なし | あり |
| ②咳の症状           | なし | あり |
| ③息苦しさ           | なし | あり |
| ④のどの痛み          | なし | あり |
| ⑤嗅覚の異常(臭いを感じない) | なし | あり |
| ⑥味覚の異常(味を感じない)  | なし | あり |

## 2. (初診当日より)14日以内に新型コロナウイルス(COVID-19)感染者と接触はありませんか？

### ①家族内に感染したと思われるような症状のある方はいませんか？

いない                      いる

### ②新型コロナウイルス感染患者と5分以上、1.8m以内の接触はありませんか？ (ご家庭、職場など)

なし                          あり

・上記1.2.に”あり”がある方は、来院当日抗原検査を受けていただき、陰性証明書をご持参のうえ、ご来院ください。  
また、来院時間が遅くなるため該当の方は当院へご連絡ください。

## 3. 新型コロナウイルス感染症に感染したことがありますか？

なし                          あり

3の問で「あり」と答えた方は感染時期を教えてください。

令和(      )年 (      )月(      )日発症

・感染ありの方・・・ 自宅療養期間を明けて、2週間以上経過していなければ、  
来院当日抗原検査を受けていただき、陰性証明書をご持参のうえ、  
ご来院ください。  
また、該当の方は来院時間が遅くなるため当院へご連絡ください。