

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()

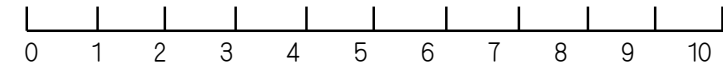
②産婦人科受診歴 →いつから(年 月)いつまで(年 月)どこに()

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)7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、1週間経過していない場合は、
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、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。