

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（ ）

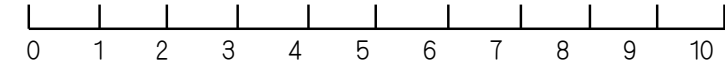
*該当する項目を○で囲むか、空白にご記入ください。なお、不明な点はお尋ねください。

- 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
- 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（ ）
- 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
- 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（ ）
- 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
- 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

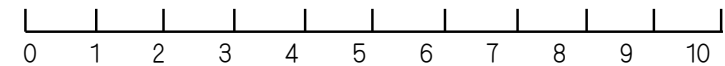


⑧月経痛がある方は痛みの内容

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()日まで

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()