

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

\*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.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( )  
祖父( ) 祖母( )

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

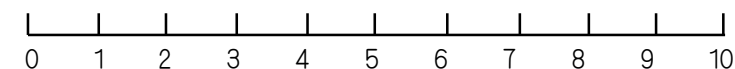
③月経は順調か、不順か ( 順調にある・時々不順になる・常に不順である・ここ2～3ヶ月月経がない )

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 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



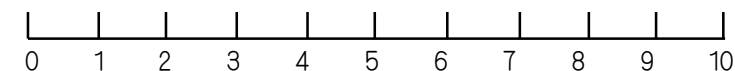
なし 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 これ以上の強い痛みは考えられない

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( )

8.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 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 我慢できないので行為ができない

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

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>

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(                      /                      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(                      )

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

## 外来診察問診表(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>

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( )

問診表<その1>~<その4>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:

## 外来診察問診表(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( )