

婦人科問診票

(受診日 年 月 日)

名前 _____ 年齢 _____ 歳 身長 _____ cm 体重 _____ Kg 職業 _____
 同伴者 なし 家族 () その他 ()

バイタルサイン	T:	P:	R:	SpO2:	BP
---------	----	----	----	-------	----

婦人科診療に必要な以下のことに関して正確に書き込んでください。診療以外のことには使用しません。
 また、守秘義務は厳守いたします。() 内に書ききれない場合は余白に記入してください。

【本日の受診について】

◆マイナ保健証（マイナンバーカードの健康保険証利用）による診療情報取得に同意しますか？

- 同意した 同意していない マイナ保険証を利用していない

紹介状はありますか？ あり ・ なし

紹介状のない方 → 症状を記入してください

【結婚の状況、妊娠の希望について】 ○をつけて必要なことを書き込んでください。

- ・未婚 → 結婚の予定なし 1年以内に結婚の予定がある（パートナーの年齢 _____ 歳）
 未婚の方：性交経験 あり ・ なし
- ・既婚 → 結婚年齢 _____ 歳（ _____ 年 _____ 月） 夫 _____ 歳
- ・以前に結婚していた 結婚 _____ 歳 離別・死別 _____ 歳 再婚 _____ 歳
 現在、パートナー あり ・ なし 再婚予定 あり ・ なし
- ・今後の妊娠の希望 あり ・ なし

【月経について】 ○をつけて必要なことを書き込んでください。

- ・初経 _____ 歳 ・閉経している方 → 閉経 _____ 歳
- ・月経周期（ _____ 日周期） ・月経の持続（ _____ 日間）
- ・経血量（ 多い ・ 普通 ・ 少ない ）
- ・最終月経（一番最近の月経） _____ 月 _____ 日 ~ _____ 月 _____ 日 *閉経している方は記入不要です

【痛みについて】 月経時や性交渉時の痛みについて当てはまるものに○をつけてください。

<月経痛>

- 0度：痛みはほとんどない。日常生活に支障はない。痛み止めは飲まなくても大丈夫。
- 1度：痛みはあるが日常生活は普通に行える。時々痛み止めを飲む程度の軽い痛み。
- 2度：痛みで日常生活に支障をきたすが、痛み止めを飲むとおさまる。学校や仕事を休むことはない。
- 3度：痛みのために日常生活に支障をきたす。痛み止めがあまり効かない。吐き気や下痢を伴うこともある激しい痛み。学校や仕事を休むことがある。
- 4度：3度よりもさらに激しい痛み。月経時は横になっていることが多い。学校や仕事に行けない。

<性交渉時痛>

- 0度：性交渉時に痛みはない。
- 1度：下腹部に痛みを感じるがあるが気にならない程度。
- 2度：下腹部に痛みを感じるが我慢できる。
- 3度：下腹部に我慢できないくらい強い痛みがある。痛みのために性交渉をやめてしまうことがある。

4度：下腹部に痛みを感じるのが嫌で最初から性交渉を避けてしまう。

【妊娠と出産について】○をつけて必要なことを書き込んでください。

妊娠（流産や中絶を含む）したことはありますか？ あり ・ なし

例) 妊娠5回 経膈分娩2回 帝王切開1回 流産1回 中絶1回のように記入してください。

妊娠の総回数 回

出産回数 回 内訳：経膈分娩 回 帝王切開 回

流産回数 回 流産手術の有無 あり ・ なし

人工妊娠中絶 回

妊娠中や分娩時に異常があった方は記入してください。

【既往症について】今まで大きな病気をしたり、手術の経験がある方は記入してください。

例) 10歳 虫垂炎手術 28歳 右卵巣嚢腫 腹腔鏡手術

歳 病名 ()

歳 病名 ()

【治療中の病気について】現在治療中の病気や内服している薬がある方は記入してください。

例) 50歳～ 高血圧症で降圧剤内服中 (〇〇内科医院)

歳～ 病名 ()

歳～ 病名 ()

歳～ 病名 ()

【家族暦】血縁関係のある方で以下の病気があれば記入してください。()には関係を書いてください。

例) がん(母が乳癌) 高血圧(父) 糖尿病(父と母)

がん () 高血圧 () 糖尿病 ()

脳血管障害 () 心血管障害 () その他 ()

【嗜好品について】

・タバコを吸いますか？ 吸わない ・ 吸う (本/日 × 年)

・お酒を飲みますか？ 飲まない ・ 時々飲む ・ 毎日飲む

【アレルギーについて】

・今までに薬や食べ物等でアレルギー症状を起こしたことはありますか？ あり ・ なし

ある場合は、どんなものでどんな症状が起こったかを記入してください。

・喘息と診断されたことはありますか？ あり ・ なし

ある場合は、現在も治療していますか？ 治療内容 ()

最終発作はいつですか？ (年 月頃 治療内容：)

ありがとうございました。診察までもうしばらくお待ちください。