

産婦人科外来問診票

受診日 令和 年 月 日

受診の方は、下記の質問にお答えください。

ご記入いただいた情報は、診察以外の目的で使用致しません。

氏名：

年齢： 歳

体温（ ）度 身長（ ）cm 体重（ ）kg

妊娠中の方は妊娠前体重（ ）kg

1. 今日どのような症状で来られましたか？ 【□の中にチェックしてください】

☐ 妊娠の疑い（検査薬陽性： 月 日） ☐ 妊婦健診：分娩予定日（ 年 月 日）

☐ がん検診 ☐ 腹痛 ☐ 不正出血 ☐ 腫瘍がある（下腹部・外陰部） ☐ 生理不順

☐ 不妊 ☐ かゆみ ☐ おりものが多い ☐ 子宮下垂感 ☐ 尿もれ ☐ 更年期の症状

☐ 避妊の相談 ☐ その他（ ）

2. それはいつ頃からですか？

☐ 月 日 時頃から

3. そのために、今までにどこかで診察・治療を受けましたか？

☐ 受けてない ☐ 受けた：いつ（ 月 日 時頃）病院名（ ）

4. 月経周期についてお尋ねします。

●最終月経（ 年 月 日～ 月 日） ●初潮（ ）歳 ●閉経（ ）歳

●生理周期（ ）日型 ●生理：□順調 □不順 ●生理痛：□ひどい □ふつう □ない

●量：□多い □ふつう □少ない

5. 以下の質問にお答えください。

①結婚歴：□既婚 □未婚 □離別 □死別 ②性交経験：□有 □無

③今までの妊娠回数：（ ）回

出産回数：自然分娩（ ）回・帝王切開（ ）回 流産・中絶（ ）回

6. 今までにおかかりの病気についてお尋ねします。

☐ 心疾患 ☐ 糖尿病 ☐ 喘息 ☐ 腎疾患 ☐ 透析をしている ☐ 高血圧 ☐ 緑内障

☐ 産婦人科の病気（病名： ） ☐ なし

7. 上記以外に現在治療中の病気や、飲んでいる薬はありますか？

☐ なし ☐ ある：病名（ ）

医療機関（ ） 飲んでいる薬剤名（ ）

8. アレルギーはありますか？

☐ なし ☐ ある：□ 薬（ ）□造影剤 □金属

□食べ物（ ）□その他（ ）

□ラテックスフルーツ：キウイ、マンゴー、パパイア、バナナ、栗、桃、アボガド、さくらんぼ、パイナップル、メロンなど

□天然ゴム製品：ゴム手袋、ゴム風船、輪ゴム、他ゴム製日用品

→ラテックスフルーツ、天然ゴム製品のアレルギーに該当される方は、別紙問診票をお渡しします。お知らせ下さい。

9. 現在の日常生活についてお尋ねします。

①喫煙：□しない □以前していた } 喫煙歴： 歳～ 歳
□現在している }

②飲酒：□飲まない □飲む（量 /日 歳 ～ ）

10. 最後に食べたり飲んだりしたのはいつですか？： 月 日 時頃

11. ご家族に以下の病気の方がいらっしゃいますか？いらっしゃる方は（ ）に続柄をご記入ください。

心疾患（ ） 脳卒中（ ） 糖尿病（ ） 喘息（ ）

胃疾患（ ） 高血圧（ ） 癌（ ） その他（ ）

裏面に続きます。

12. マイナンバーカードをお持ちですか？

☐ はい → マイナ保険証（マイナンバーカード）による診療情報取得に同意しますか？

☐ はい ☐ いいえ

☐ いいえ

13. この1年で健診（特定健診及び高齢者健診に限る）を受診しましたか？

☐ はい （受診時期： 月頃）

（指摘事項： ）

☐ いいえ

* 宗教上の理由で、輸血などの医療処置を受けられない方はお申し出ください。

ご協力ありがとうございました。順番が来ましたら呼びいたしますので、もうしばらくお待ちください。

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。