

婦人科外来受診の方へ（問診票）

受診日：西暦	年	月	日	職業：
ふりがな	住所 〒			
氏名	クリニックからのお知らせの郵送 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可			
生年月日 T・S・H	年	月	日	年齢 歳
連絡してよい電話番号をご記入ください（ ）			-	携帯・自宅・
身長（	cm）	体重（	kg）	

1. 本日来院された理由を具体的に記入してください。（いつからどのような症状ですか？）

[]

2. 今までに子宮頸がん検診を受けたことがありますか？（ ない・ある 平成 年 月）

3. 月経について

- ①初めて月経があったのは（ 歳）、閉経したのは（ 歳）
- ②月経は（ 順調・不調 ）月経周期は（ ）～（ ）日周期、持続期間は（ ）日間
- ③月経量は（ 少ない ・ 普通 ・ 多い ・ 塊がたくさん出る ）
- ④月経痛が（ ない ・ ある 下腹部 ・ 腰痛 ・ 頭痛 ）
痛み止めを飲みますか（ はい・ いいえ ）内服薬名（ ）
- ⑤一番最近の月経は 月 日（ 日間）、その前の月経 月 日（ 日間）
- ⑥妊娠の可能性はありますか？（ ある ・ ない ・ わからない ）

4. 結婚・妊娠・分娩について

- ①結婚している： 平成・昭和 年 月 日（ ）歳時（ 初婚・再婚 ）ご主人（ 歳）
- ②未婚 ・ 離婚 ・ 死別（ ）歳時
- ③性交の経験（ 有 ・ 無 ）
- ④妊娠（ ）回 {分娩（ ）回、自然流産（ ）回、人工中絶（ ）回}

5. 既往歴（今まで指摘されたことのある病気についてお聞きします）

- ・高血圧 ・糖尿病 ・喘息（最終発作 歳） ・心臓病 ・腎臓病 ・肝臓病
- ・甲状腺疾患 ・脳疾患 ・てんかん ・精神疾患 ・自己免疫疾患 ・血液疾患
- ・婦人科疾患（ ） ・悪性腫瘍（ ）
- ・手術（ ）

6. 今、内服している薬はありますか？（ ）

7. アレルギーについて

- 薬のアレルギーはありますか？（ なし・ あり ）
- 食物のアレルギーはありますか？（ なし ・ あり ）
- 蕁麻疹 ・ 花粉症 ・ アトピー ・ ゴムアレルギー ・ その他（ ）

8. 嗜好品： お酒（ 飲まない ・ 飲む ） タバコ（ 吸わない ・ 吸う 本/日 年間）

9. ご家族に以下の病気を持った方はいますか？

- ・高血圧（続柄： ） ・糖尿病（続柄： ） ・子宮がん（続柄： ）
- ・卵巣がん（続柄： ） ・乳がん（続柄： ） ・その他のがん（続柄： ）
- ・精神疾患（続柄： ） ・遺伝子疾患（続柄： ）

OC・LEP問診チェックシート

ピルの処方を希望される方は下記問診票も記載ください。

氏名	年齢	歳
----	----	---

1. 今までにピルを服用した経験はありますか	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
(薬剤名)	
2. 妊娠中または妊娠している可能性はありますか	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
3. 現在授乳中ですか	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
4. 喫煙しますか	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
	喫煙本数	1日 () 本
	喫煙年数	() 年
5. 高血圧といわれたことはありますか	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
6. 糖尿病といわれたことはありますか	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
7. 過去2週間以内に大きな手術を受けましたか、または4週間以内に手術の予定はありますか	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
8. ふくらはぎの痛み・ひどいむくみ、突然の息切れ・胸の痛み、失神などがありますか	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
9. 激しい頭痛や片頭痛があったり、目がかすむことがありますか	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
10. 血栓症、肺塞栓症、脳血管障害、心血管系疾患といわれたことはありますか	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
11. 胆嚢疾患や肝障害と診断されたことはありますか	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
12. 乳がんや子宮がんと診断されたことはありますか	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
13. 性器の不正出血はありますか	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
14. 流産・死産をくり返したことがありますか	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
15. 妊娠中に妊娠高血圧症候群といわれたことがありますか	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
16. 以下の病気といわれたことがありますか		
耳硬化症 <input type="checkbox"/> 脂質代謝異常 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> クロール病 <input type="checkbox"/>		
潰瘍性大腸炎 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> ポルフィリン症 <input type="checkbox"/> テタニー <input type="checkbox"/>		
17. 現在服用中の薬剤やサプリメントはありますか	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
(薬剤名)	
18. ご家族に血栓症にかかったことのある方はいますか	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
19. ご家族に乳がんにかかったことのある方はいますか	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>