

No.

# 問診票

当院ではご提供いただいた個人情報は医療サービスの提供、医療保険事務などの目的に特定して利用させていただきます。

したがって個人情報が外部に漏れることはありません。以下の質問にお答えください。

ふりがな 氏名		既婚	職業	S・H	年	月	日生	歳
		未婚	( )	身長 ( ) cm / 体重 ( ) kg				
住所	〒 ( - )			電話番号	自宅 ( - - )			
					携帯 ( - - )			

メールアドレス: @

### ① 当院のことはどちらでお知りになりましたか？ (複数可)

- 知人・友達・家族からの紹介 (お名前 )  インターネット  看板  その他  本院 (可世木病院)  
 他院からの紹介 (病院名 ) 紹介状を持参した / していない

### ② 今日はどのようなことでおいでになりましたか？

- 月経不順: 月経が (来ない・バラバラ・頻繁にくる)  月経量が異常: 月経が (多い・少ない)  月経痛がある  
 不正出血がある  おりものが多い  陰部が (かゆい・痛い)  陰部にできもの  更年期の相談  
 子宮筋腫の指摘・卵巣の腫れ指摘  妊娠しているかどうか (判定日: 月 日 陽性・陰性)  
 性交痛がある  おしっこが漏れる  子宮がん検診  プライダルチェック  性病検査  
 ピルの処方 (目的: 月経痛・月経不順・避妊目的)  緊急避妊ピル (性交日: 月 日 時ごろ)  
 月経日の調整 ( 月 日 ~ 月 日 日間を避けたい)  
 その他 ( )

※その症状はいつからありますか？ ( ) 日前から 又は ( ) 月 ( ) 日頃から

### ③ 月経について

- (1) 初潮 ( ) 歳 閉経 ( ) 歳  
(2) 月経周期 順調 / 不順 ( ) 日 ~ ( ) 日周期 ※月経が始まった日から次の月経が始まる日までの日数です。  
一番最近の生理はいつからですか？ ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日から ( ) 日間  
(3) 月経痛はありますか？ ない / ある (下腹部痛・頭痛・腰痛・吐き気)

### ④ 子宮がん検診 (子宮頸がん検診・子宮体がん検診) をしたことがありますか？

・子宮頸がん: ない / ある ( ) 年 ( ) 月頃 ・子宮体がん: ない / ある ( ) 年 ( ) 月頃

### ⑤ 性交・妊娠について

- (1) 性交渉の経験がありますか？ ある / ない  
(2) 妊娠されたことはありますか？ ある / ない  
1回目 ( 歳 ) ( カ月 ) (中絶・流産・分娩) (男・女 g)  
2回目 ( 歳 ) ( カ月 ) (中絶・流産・分娩) (男・女 g)  
3回目 ( 歳 ) ( カ月 ) (中絶・流産・分娩) (男・女 g)

### ⑥ アレルギーはありますか？ ⇒ ない / ある (ある方は下記にご記入ください。)

薬名 ( ) 症状 ( ) / 食物 ( ) 症状 ( )

### ⑦ 現在、通院中の方はご記入ください。

疾患名 ( ) 病院名 ( )

### ⑧ 現在、内服しているお薬はありますか？

ない / ある (薬名 )

### ⑨ これまでに下記のような病気にかかったことはありますか？ (重複可)

- 癌 ( )  結核  糖尿病  心疾患  高血圧  喘息  腎疾患  甲状腺疾患  肝疾患  
 リウマチ  精神疾患  子宮内膜症  子宮筋腫  クラミジア  淋病  梅毒  
 B型肝炎  C型肝炎  その他 ( )

### ⑩ 入院や手術したことがありますか？

いつ頃 ( ) 年 ( ) 月 / 病名 ( )

### ⑪ 喫煙しますか？ / 飲酒しますか？

・たばこ: 吸わない / 吸う 1日平均 ( ) 本 ・お酒: 飲まない / 飲む ( 毎日 ・ 時々 )

●マイナンバー保険証による診療情報取得に同意する / しない

●この1年間で健診 (特定健診及び高齢者健診に限る) を受診したか？ 受診した / していない

受診した方は受診時期 ( ) 指摘された内容 ( )