

# 問 診 票

記入日 年 月 日

|            |                            |                            |
|------------|----------------------------|----------------------------|
| フリガナ<br>氏名 | 年 月 日生 ( 歳)                | 職業                         |
| 住所 〒       | 連絡先 (自宅・携帯電話)<br>( ) - ( ) |                            |
| メールアドレス    | @                          | ご家族等の緊急連絡先 ( ) ( ) ( ) ( ) |

|  |  |
|--|--|
| 来院目的                                     | <input type="checkbox"/> 妊娠 市販妊娠検査⇒ 十・一 検査日 月 日 (不妊治療 有・無 / 自然妊娠)                          |
|  | 最終月経 月 日 ~ 月 日   |
|  | <input type="checkbox"/> 里帰り出産 出産予定日 年 月 日   |
|  | <input type="checkbox"/> 不正出血：出血のあった日⇒ 月 日 ~ 月 日<br>出血の量⇒ 多い・少ない 腹痛⇒ 有・無                   |
|  | <input type="checkbox"/> 月経異常  |
|  | <input type="checkbox"/> 下腹部の痛み (その他痛みのある部位) ⇒ ( )   |
|  | <input type="checkbox"/> おりもの (帯下)：症状⇒かゆみ (有・無) 痛み (有・無) 臭い (有・無) 色 ( )                    |
|  | <input type="checkbox"/> 更年期：症状⇒ ( )   |
|  | <input type="checkbox"/> 尿漏れ   |
|  | <input type="checkbox"/> 癌検診： <input type="checkbox"/> 子宮癌検診 <input type="checkbox"/> 乳癌検診 |
| <input type="checkbox"/> 避妊目的：避妊具・低用量ピル等 |  |
| <input type="checkbox"/> その他：ご記入下さい ( )  |  |

|      |      |              |      |    |                |               |
|------|------|--------------|------|----|----------------|---------------|
| 基本情報 | 身長   | cm           | 体重   | kg | 子宮癌検診 (頸部・体部)  | 無・有 ( 年 月 日)  |
|      | 初潮   | 歳            | 月経持続 | 日間 | 服用薬 (通院)       | 無・有 ( )       |
|      | 閉経   | 歳            | 月経周期 | 日  | 注射薬            | 無・有 ( )       |
|      | 月経痛  | 無・有 ( )      |      |    | テープかぶり         | 無・有 ( )       |
|      | 月経量  | 多量・中量・少量     |      |    | アルコール綿かぶり      | 無・有 ( )       |
|      | 最終月経 | 月 日 ~ 月 日    |      |    | 薬剤アレルギー        | 無・有 ( )       |
|      | 結婚   | 無・有 ( 年 月 日) |      |    | 食物アレルギー        | 無・有 ( )       |
|      | 離婚歴  | 無・有          |      |    | 喫煙歴 (ご本人又はご家族) | 無・有 ( 本/日 年間) |
|      | 結婚回数 | 回            | 離婚回数 | 回  | 授乳             | 無・有           |
|      | 結婚年齢 | 歳            | 再婚年齢 | 歳  | 性交経験           | 無・有           |

|         |         |     |      |     |                       |                       |      |   |       |   |
|---------|---------|-----|------|-----|-----------------------|-----------------------|------|---|-------|---|
| 既往妊娠分娩歴 | 妊娠回数    | 回   | 分娩回数 | 回   | 流産回数                  | 回                     | 中絶回数 | 回 | その他回数 | 回 |
|         | 年 月 日   | 妊娠週 | 児体重  | 性別  | 健否                    | 分娩方法                  |      |   | 分娩場所  |   |
|         | 1 年 月 日 | 週 日 | g    | 男・女 |                       | 自然・吸引・鉗子・帝王切開・その他 ( ) |      |   |       |   |
|         | 2 年 月 日 | 週 日 | g    | 男・女 |                       | 自然・吸引・鉗子・帝王切開・その他 ( ) |      |   |       |   |
|         | 3 年 月 日 | 週 日 | g    | 男・女 |                       | 自然・吸引・鉗子・帝王切開・その他 ( ) |      |   |       |   |
|         | 4 年 月 日 | 週 日 | g    | 男・女 |                       | 自然・吸引・鉗子・帝王切開・その他 ( ) |      |   |       |   |
| 5 年 月 日 | 週 日     | g   | 男・女  |     | 自然・吸引・鉗子・帝王切開・その他 ( ) |                       |      |   |       |   |

|  |  |
|--|--|
| 既往歴  | 下記の疾患がありましたら☑をお願い致します。   |
|  | <input type="checkbox"/> 子宮筋腫 <input type="checkbox"/> 卵巣腫瘍 <input type="checkbox"/> 性病 <input type="checkbox"/> 不妊治療 <input type="checkbox"/> アレルギー (花粉症・アルコール・食物・ゴム)<br><input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 血栓症 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 輸血歴 <input type="checkbox"/> 遺伝性疾患 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病<br><input type="checkbox"/> 自己免疫疾患 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 脳内出血 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> 悪性疾患<br><input type="checkbox"/> その他 (手術) <input type="checkbox"/> 精神疾患<br>( ) |
|  | 過去3ヶ月以内に以下のことはありましたか。  |
| <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> 頸部リンパ節の腫れ <input type="checkbox"/> 風疹患者との接触<br><input type="checkbox"/> 児童との接触が多い職場での就労 |  |

|     |                             |
|-----|-----------------------------|
| 家族歴 | 父：健在・死 病名 ( ) 母：健在・死 病名 ( ) |
|     | 兄弟姉妹： 人 健康・死 病名 ( )         |
|     | 夫： 歳 健康・死 病名 ( ) 夫の職業 ( )   |

プライバシー保護について

**当院では個人情報保護ガイドラインに基づき管理を行っております。**

- ・お名前での呼び出しをさせて頂くにあたり不都合な方は☐に✓をお願いします。……☐
- ・ご自宅へ電話連絡させて頂くにあたり不都合な方は☐に✓をお願いします。……☐
- ・看護学生の実習にご協力頂くにあたり不都合な方は☐に✓をお願いします。……☐
- ・マイナ保険証による診療情報取得に同意されますか。 はい・いいえ

当院では診療情報の取得、活用することにより、より質の高い医療の提供に努めております。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致します。

問診者サイン： \_\_\_\_\_