

外来共通問診票

フリガナ お名前	様	男・女	身長 cm	体重 Kg・g
生年月日:	年 月 日	ご職業:		
スタッフ記載欄	血圧 mmHg	脈拍 回/分	体温 °C	O2SAT %

▼現在かかりつけの病院等がありますか？

なし あり (診療所名: _____)

▼今までにかかった病気や手術を受けたこと、現在治療中の病気はありますか？

なし

がん (_____ 歳) 喘息 (_____ 歳) 高血圧 (_____ 歳)
糖尿病 (_____ 歳) 心臓病 (_____ 歳) 肝臓病 (_____ 歳)
腎臓病 (_____ 歳) 脳卒中 (_____ 歳) 結核 (_____ 歳)
その他(病名: _____) (_____ 歳)
手術 (病名/手術名: _____) (_____ 歳)

▼血縁の方に以下のような病気の方はいらっしゃいますか？

なし

がん (続柄: _____) 喘息 (続柄: _____) 高血圧 (続柄: _____)
糖尿病 (続柄: _____) 心臓病 (続柄: _____)
腎臓病 (続柄: _____) 脳卒中 (続柄: _____)
その他(病名: _____) (続柄: _____)

▼薬のことについてお聞きます。

① 現在、当院・他病院での薬の処方や市販薬の服用はされていますか？ なし あり

② 薬でのアレルギー及び副作用はありますか？

なし あり ⇒ 抗生物質(薬品名: _____) 造影剤 麻酔薬
その他(_____)

③ 血液をサラサラにする薬(抗血栓薬:ワーファリン・バイアスピリンなど)、ホルモン剤(低用量ピルなど)、を飲んでいますか？

いいえ はい ⇒ 薬品名(_____)

▼嗜好品についてお聞きます。

① お酒は飲みますか？

飲まない 時々飲む ⇒ (_____)を(_____)杯/合/ml 週(_____)日
毎日飲む ⇒ (_____)を(_____)杯/合/ml

② タバコは吸いますか？

吸わない 吸う ⇒ 1日に(_____)本 (_____)歳～
今は吸わない ⇒ (_____)～(_____)歳まで 1日に(_____)本(_____)年間

▼今までに輸血もしくは血液製剤を受けたことがありますか？

いいえ はい ⇒ いつ頃受けましたか？ (_____)歳頃 わからない

▼アレルギーについてお聞きます。

① 食物でアレルギーはありますか？

なし あり ⇒ どんな食物ですか？ (_____)

② その他、アレルギーはありますか？

なし
花粉症 ハウスダスト 金属 ラテックス その他(_____)

お名前 : _____

生年月日 : _____

▼せきは出ていますか？

なし あり

→「あり」を選択された方にお聞きします。

① せきが多い、又はたんに血が混じっていますか？

いいえ はい

② 2週間以上、せきが続いていますか？

いいえ はい

▼痛みについてお聞きします。からだの中で痛いところがありますか？

なし あり

→「あり」を選択された方にお聞きします。

① 痛い場所はどこですか？

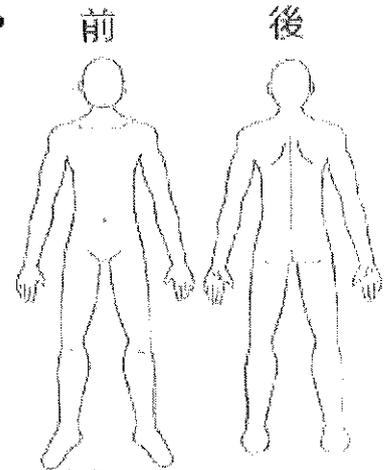
右図の該当する部位に○をつけてください。

② 「痛みの無い状態」を0点「最悪の痛み」を

10点にした場合、現在の痛みはどの段階ですか？

該当する数字に○をつけてください。

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



▼過去3ヶ月で、食事量が減りましたか？

食事量の変化なし

食事量がおおよそ2/3に減った

食事量が半分以下に減った

▼過去3ヶ月で、体重の減少がありましたか？

体重の減少に変化なし

1 kg～3 kgの体重の減少あり

3 kg以上の体重減少あり

▼4ヶ月以内に転んだことがありますか？

なし あり

→「あり」を選択された方にお聞きします。

① いつ頃ですか？ ()ヶ月前

② どのように転びましたか？

ふらついた つまずいた 足がもつれた

その他 ()

▼3ヶ月以内に渡航歴がありますか？

なし あり

→「あり」を選択された方にお聞きします。

① いつですか (~)

② どこへいきましたか

()

▼女性の方にお聞きします。現在、妊娠中ですか？

はい いいえ

わからない 授乳中

▼どなたに診察の結果を説明すればいいですか？

本人 家族：お名前 () (続柄：)

その他 ()

→「本人」を選択された方にお聞きします。

どのような結果でも、すべての事を知りたいですか？

はい 悪い結果なら知りたくない その他

お名前： _____ 様

生年月日：西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

学年 _____ 部活 _____

(運動頻度：<例> 平日朝練 1km、午後 500m×2 本 _____)

身長 _____ cm 体重 _____ kg (体重制限/食事制限をしていますか？ (はい・いいえ))

▼生理についてお聞きします。

①はじめて生理があったのは何歳(何年生)のときですか？

 _____ 歳 (小・中・高 _____ 年生) まだ月経は一度もない

②生理周期は何日ですか？

 規則的 ⇒ (_____) 日周期 不規則 ⇒ (_____) 日 ~ (_____) 日周期 生理がこない ⇒ 最後の生理はいつですか？ (_____ 日ごろ)

③生理期間はどれくらいですか？

 3 日以内 3~7 日 8 日以上

④最終生理(一番最近の生理はいつでしたか？)

(_____) 月 (_____) 日 ~ (_____) 月 (_____) 日

④生理痛はありますか？

 なし あり ⇒ 「痛みの無い状態」を 0 点「最悪の痛み」を 10 点にした場合、
現在の痛みはどの段階ですか？該当する数字に○をつけてください。

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

⇒ 痛み止めは使用しますか？

 なし あり(薬品名: _____ 使用頻度: _____)⇒ 薬で痛みのコントロールは？(良好 まあまあ 効果なし)

⑤生理の量は多いですか？

 多い 普通 少ない

⇒ 具体的にナプキンをどのくらいで交換しますか？ (_____)

▼これまでに婦人科を受診したことはありますか？

 ある ⇒ 受診理由 生理痛 生理不順 生理が来ない 不正出血(生理以外での出血) 下腹部痛 検診目的 生理が辛い(量が多い・生理痛がひどい) 生理をずらす かゆみ・おりもの 頸がんワクチン その他 (_____) なし

お名前： _____ 様
生年月日：西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

▼今回受診された理由として、どのような悩み・症状がありますか？

◀生理に関する悩み▶

- 生理不順 → (いつから： _____)
生理がこない → (3ヶ月以内・3ヶ月以上)
生理が辛い → (生理の量が多い・生理痛がひどい・それ以外 _____)
生理を移動させたい

◀生理以外に関する悩み▶

- 体調不良/疲れやすい ⇒ (いつから： _____)
貧血を指摘された ⇒ (いつ採血をしましたか？ _____)
体重コントロールができない (体重が減った/体重が減らない、など)
疲労骨折を繰り返している
下腹部痛・腹部張り感 ⇒ (いつから： _____) (どのような： _____) (どの程度： _____)
不正出血 ⇒ (いつから： _____)
⇒ (出血量： 多量 中等量 少量)
おりものが多い/外陰部がかゆい・痛い ⇒ (いつから： _____)
その他 (具体的に： _____)

▼子宮頸がんについてお聞きします。

- ①子宮頸がんワクチンは受けましたか？ はい (いつごろ？ _____) いいえ
② (20歳以上の方のみ)
・子宮頸がん検診は受けていますか？ はい いいえ
・最後に子宮頸がん検診を受けたのはいつですか？
(西暦 _____)年 (_____)月 (_____)日 ⇒ 結果 (正常 異常)

▼健康食品、サプリメントを摂っていますか？

- なし あり ⇒ 商品名 (_____)

▼婚姻についてお聞きします。

- ①結婚されていますか？ はい (_____ 歳のとき) いいえ (未婚・離婚・死別)
②これまでに性交渉の経験はありますか？ はい いいえ
③現在、性交渉のあるパートナーはいますか？ はい いいえ

▼妊娠歴についてお聞きします。

妊娠 (_____)回 出産 (_____)回
自然流産 (_____)回 子宮外妊娠 (_____)回 人工妊娠中絶 (_____)回

	出産時期	出産場所	週数	子の性別	帝王切開
1人目	_____年 _____月	当院・他院	_____週	男・女	した・しない
2人目	_____年 _____月	当院・他院	_____週	男・女	した・しない

