

外来共通問診票

ふりがな お名前 様	男・女	身長 cm
	歳	体重 Kg・g
生年月日：M/T/S/H 西暦 年 月 日	ご職業	
スタッフ記載欄	血压 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します。

- 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します。

- 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します。

- 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 : \_\_\_\_\_ 様  
生年月日 : M/T/S/H 西暦 \_\_\_\_\_ 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

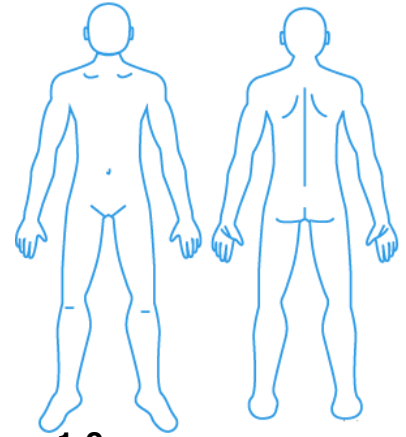
▼痛みについてお聞きします。からだの中で痛いところはありますか？

前 後

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 ( )

▼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 : M/T/S/H \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

婦人科 H・ART 問診票

▼本日はどのような目的で受診されますか？

- ① ( ) より紹介
- ②病名を ( ) といわれている
- ③ (精密検査・治療・入院・手術・その他 ) を勧められた

▼どのような症状がありますか？

- 症状なし
- 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)
- 性交時出血・痛みあり ⇒ (いつから: )
- おりものが多い ⇒ (いつから: )
- 外陰部のかゆみ・痛み ⇒ (いつから: )
- 更年期症状 ⇒ (具体的な症状: ) (いつから: )
- 生理不順 ⇒ (いつから: )
- 妊娠中 ⇒ (本日妊娠 \_\_\_\_\_ 週 \_\_\_\_\_ 日) 出産予定日 ( \_\_\_\_\_ )
- こどもがほしい ⇒  話を聞きたい  検査をしたい  治療をしたい
- その他 (具体的に: )

▼生理についてお聞きします。

- ①生理周期  規則的 ⇒ ( ) 日周期  
 不規則 ⇒ ( ) 日 ~ ( ) 日周期  
 生理がこない ⇒ いつから? ( ) 日頃~
- ②初潮 ( ) 歳
- ③閉経 ( ) 歳  
⇒ 生理は自然に終わりましたか?  はい  いいえ  
ほかに理由がありますか?  手術  ホルモン剤  その他 ( )
- ④最終生理 ( ) 月 ( ) 日 ~ ( ) 月 ( ) 日
- ⑤生理痛  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: \_\_\_\_\_)
- ⑥生理の量  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? ( )

お名前 : \_\_\_\_\_ 様  
生年月日 : M/T/S/H \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

▼子宮癌検診（子宮頸部細胞診）についてお聞きします。

- ①子宮癌検診は受けていますか？ はい いいえ  
②最後に子宮癌検診を受けたのはいつですか？  
( \_\_\_\_\_ ) 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 いいえ

→ 「はい」を選択された方にお聞きします。

- 1) 婚姻時期 ( \_\_\_\_\_ ) 年 ( \_\_\_\_\_ ) 月 ( \_\_\_\_\_ ) 日 ( \_\_\_\_\_ ) 歳のとき  
2) 再婚 ( \_\_\_\_\_ ) 年 ( \_\_\_\_\_ ) 月 ( \_\_\_\_\_ ) 日 ( \_\_\_\_\_ ) 歳のとき

→ 「いいえ」を選択された方にお聞きします。

- 1) 未婚  
2) 離婚 ( \_\_\_\_\_ ) 年 ( \_\_\_\_\_ ) 月 ( \_\_\_\_\_ ) 日 ( \_\_\_\_\_ ) 歳のとき  
3) 死別 ( \_\_\_\_\_ ) 年 ( \_\_\_\_\_ ) 月 ( \_\_\_\_\_ ) 日 ( \_\_\_\_\_ ) 歳のとき

- 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
3人目	年 月	当院・他院	週	男・女	した・しない
4人目	年 月	当院・他院	週	男・女	した・しない