

記載日 : \_\_\_\_\_

お名前 : \_\_\_\_\_

生年月日 : \_\_\_\_\_

▼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: )
- おりものが多い ⇒ (いつか: )
- 外陰部のかゆみ・痛み ⇒ (いつか: )
- 更年期症状 ⇒ (具体的な症状: ) (いつか: )
- 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: )
- 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 : \_\_\_\_\_

▼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 |

|              |         |        |                            |
|--------------|---------|--------|----------------------------|
| 記入日 : 年 月 日  | 男・女     | 歳      | 身長<br>cm                   |
| ふりがな         |         |        | 体重<br>Kg・g                 |
| お名前 : 様      | ご職業     |        |                            |
| 生年月日 : 年 月 日 |         |        |                            |
| スタッフ記載欄      | 血压 mmHg | 脈拍 回/分 | 体温 °C O <sub>2</sub> SAT % |

▼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/R/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

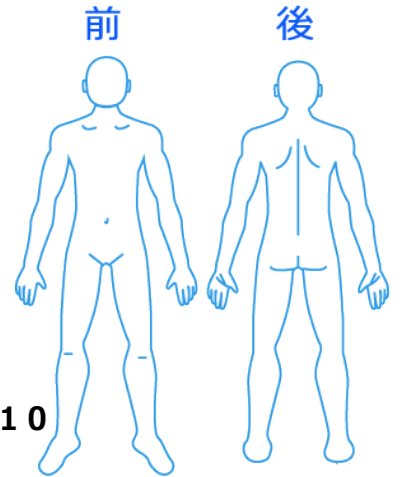
▼痛みについてお聞きします。からだの中で痛いところがありますか？

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 ( )

▼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

▼この1年間で健診(特定健診及び高齢者検診に限る)を受診しましたか？

いいえ はい→受診時期 ( )月頃 / 指導事項 なし あり