

婦人科 H・ART 問診票

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 cm	体重 Kg・g
ふりがな				ご職業			
お名前	様						
生年月日	年	月	日				
スタッフ記載欄	血圧	mmHg	脈拍	回/分	体温	℃	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

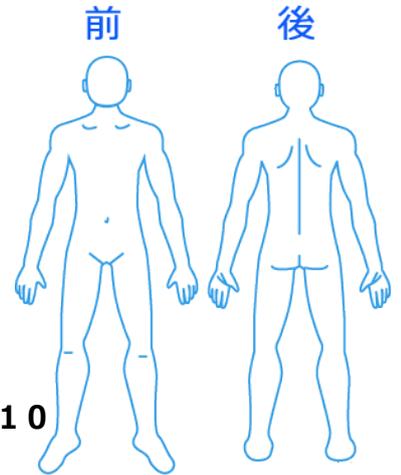
▼痛みについてお聞きします。からだの中で痛いところがありますか？

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