

外来共通問診票

フリガナ お名前	様	男・女	歳	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 ℃	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：)

▼かかりつけの歯科医がありますか？

☐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、現在治療中の病気がありますか？

☐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 ()

* 現在内服している薬があれば、診察時に伝えられるように、お薬手帳/表をお手元にご用意ください。

▼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

お名前 : _____
生年月日 : _____

▼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 ()

▼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

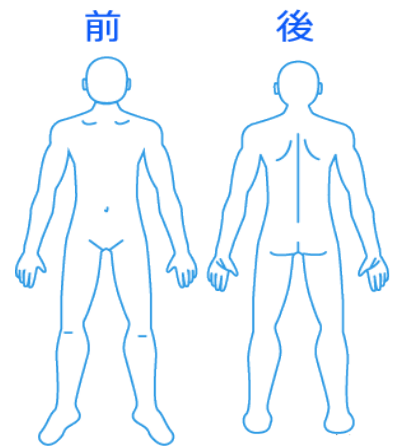
▼痛みについてお聞きます。からだの中で痛いところがありますか？

☐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ます。

- ① いつ頃ですか？ () ヶ月前
② どのように転びましたか？
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健診に限る）を受診しましたか？

☐いいえ ☐はい → 受診時期 (月頃) / 指摘事項 ☐なし ☐あり ()

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