

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。

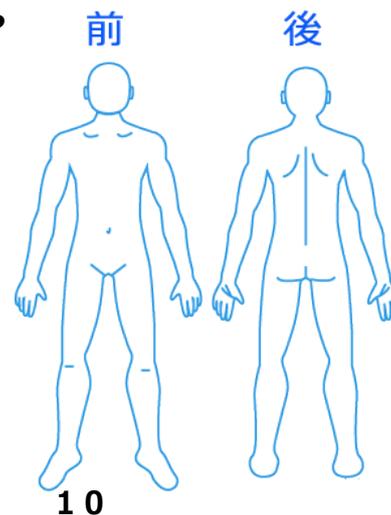
- ① せきが多い、又はたんに血が混じっていますか？ いいえ はい  
 ② 2週間以上、せきが続いていますか？ いいえ はい

▼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  
 生理がつらい(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

お名前 : \_\_\_\_\_ 様  
生年月日 : 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

▼スポーツ/競技をされている方にお聞きします。

①練習や試合に差し支えるような下記の症状はありますか？

またその症状が出る時期はいつですか？（複数回答可）

- |                                      |   |                              |                                |                                  |                              |
|--------------------------------------|---|------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> いらいら（精神不安定） | ⇒ | <input type="checkbox"/> 生理中 | <input type="checkbox"/> 生理終了後 | <input type="checkbox"/> 生理と生理の間 | <input type="checkbox"/> 生理前 |
| <input type="checkbox"/> 気分の落ち込み     | ⇒ | <input type="checkbox"/> 生理中 | <input type="checkbox"/> 生理終了後 | <input type="checkbox"/> 生理と生理の間 | <input type="checkbox"/> 生理前 |
| <input type="checkbox"/> むくみ         | ⇒ | <input type="checkbox"/> 生理中 | <input type="checkbox"/> 生理終了後 | <input type="checkbox"/> 生理と生理の間 | <input type="checkbox"/> 生理前 |
| <input type="checkbox"/> 体重増加        | ⇒ | <input type="checkbox"/> 生理中 | <input type="checkbox"/> 生理終了後 | <input type="checkbox"/> 生理と生理の間 | <input type="checkbox"/> 生理前 |
| <input type="checkbox"/> 胸がはる/痛い     | ⇒ | <input type="checkbox"/> 生理中 | <input type="checkbox"/> 生理終了後 | <input type="checkbox"/> 生理と生理の間 | <input type="checkbox"/> 生理前 |

②自分でコンディションが一番良いと感じる時期はいつですか？

- 生理中     生理終了直後～数日後     生理と生理の間     生理前     生理と関係なし

③コンディション調整目的で生理をずらすことが出来ることを知っていますか？

- 知らない  
 聞いたことがある  
 知っている

④コンディション調整目的で生理をずらす希望はありますか？

- 希望なし  
 話だけ聞いてみたい  
 今後機会があればやってみたい  
 相談したい（希望あり）  
 以前にやったことがある

⑤今までに疲労骨折を起こしたことはありますか？

- ある    ⇒    \_\_\_\_\_ 歳のとき    \_\_\_\_\_ 部位  
⇒そのとき生理は順調にきていましたか？  
 順調     生理不順     3ヶ月以上止まっていた     覚えていない