

中山産婦人科・小児科問診票

次の項目に当てはまる所に○印をつけ、()内にご記入下さい。

記入したことに対しては秘密を守りますので正しくお答え下さい。

記入日 (20 年 月 日)

(フリガナ)

お名前 _____

生年月日 T・S・H 年 月 日 年齢 _____ 歳

郵便番号 〒 _____ 住所 _____

携帯番号 _____ - _____ 職業 _____

身長 _____ c m 現在の体重 _____ k g

血液型 (A ・ B ・ O ・ AB 型 / Rh + ・ - / 不明)

スタッフ記入欄

BMI _____ / w d / EDC 20 年 月 日

I. 今日、産婦人科を受診された理由を聞かせてください。

(1) 妊娠の可能性がある (出産希望 ・ 中絶希望 ・ 未定)

↳ 妊娠検査薬陽性 (月 日)

(2) なかなか妊娠しない (3) 月経がおかしい (4) 月経以外に出血がある

(5) おりものが気になる (6) 外陰部に痛み、かゆみがある (7) お腹が痛い、腰が痛い

(8) 子宮がん検診希望 (9) 更年期症状が気になる

(10) 検診で詳しい検査が必要と言われた ()

(11) 他の病院で病気があると言われた、他院から紹介された (病院で診察して)

(12) その他 ()

症状はいつ頃からありますか? ()

II. あなたの月経についてお答えください。

・一番最近の月経はいつから始まりましたか? (20 年 月 日から 日間)

・一番最近の月経はいつもと比べてどうでしたか? 量は (多い ・ 普通 ・ 少ない)

・初めての月経は何歳の時でしたか? (歳)

・閉経された方は何歳の時でしたか? (歳)

・最近6ヶ月の月経は (おおむね規則的 ・ 不規則)

・月経周期(月経の始まりから次の月経が始まるまでの日数) (日 ~ 日)

・月経の続く日数 (日 ~ 日)

・普段の月経の量はどうですか? (少ない ・ 普通 ・ 多い ・ 血のかたまりがでる)

次のページへ

II. あなたの月経についてお答えください。(続き)

- ・月経時、苦痛がありますか？
(ほとんどない・多少ある・日常生活にさしつかえる)
- ・具体的には(下腹部痛・腰痛・頭痛・その他〔 〕)
- ・生理中、痛み止めを使うことは(あまりない・たまに使う・ほぼ毎日使う)

III. あなたの結婚について、お答えください。

- ・今までに性経験はありますか？(ない・ある)
- ・現在は(独身・婚約中・結婚・離婚・再婚・別居・死別)
- ・結婚したのはいつですか？(年 月 日、 歳の時)
- ・ご主人のお名前、現在の年齢は(お名前：) (歳)
- ・ご主人は健康ですか？(はい・いいえ〔 〕)
- ・ご主人の職業は()

IV. あなたの妊娠について、お答えください。

- ・今までに妊娠したことがありますか？(現在妊娠中のものは含めないで下さい)
ない・ある → 妊娠()回、出産()回
現在お子さんは()人

- ・今まで妊娠したことがある方は、その内容を順番に記載して下さい。

1回目	年	月	日	正常分娩、帝王切開、流産()ヶ月、中絶()ヶ月
病院名()				分娩時の週数()週、(男・女)(出生体重 g)
2回目	年	月	日	正常分娩、帝王切開、流産()ヶ月、中絶()ヶ月
病院名()				分娩時の週数()週、(男・女)(出生体重 g)
3回目	年	月	日	正常分娩、帝王切開、流産()ヶ月、中絶()ヶ月
病院名()				分娩時の週数()週、(男・女)(出生体重 g)
4回目	年	月	日	正常分娩、帝王切開、流産()ヶ月、中絶()ヶ月
病院名()				分娩時の週数()週、(男・女)(出生体重 g)
5回目	年	月	日	正常分娩、帝王切開、流産()ヶ月、中絶()ヶ月
病院名()				分娩時の週数()週、(男・女)(出生体重 g)

- ・今までの妊娠、分娩中に何か異常はありませんでしたか？(なかった・あった)
妊娠中(お腹がよくはった・出血があった・むくみがあった・血圧が高かった
蛋白尿があった・糖尿があった・その他〔 〕)
分娩時(陣痛が弱かった・早く破水した・出血が多かった・吸引分娩だった
その他〔 〕)

V. 嗜好品についてお答えください。

- ・お酒は（飲まない・たまに飲む・毎日飲む〔1日 cc程度〕）
- ・たばこは（吸わない・以前吸っていた・現在も吸う〔1日 本程度〕）

VI. 今までの健康状態についてお答えください。

- ・今までに大きな病気をしたことがありますか？
（ない・ある〔 : 歳〕）
婦人科の病気は（ない・ある〔 : 歳〕）
- ・今までに手術を受けたことはありますか？（ない・ある）
（ 年、 歳の時 : 手術 ）
- ・輸血を受けたことはありますか？（ない・ある〔 歳の時〕）
- ・今までに麻酔で異常を起こしたことがありますか？（ない・ある）
- ・今までに子宮がん検診を受けたことがありますか？（ない・ある・毎年受けている）
（一番最近受けたのは 年 月〔異常なし・異常あり〕）
- ・今までにお薬や注射・食べ物などで、発疹が出たり、気分が悪くなりアレルギーと考えられたことはありますか？
（ない・ある〔抗生物質・ゴム製品・金属・その他 〕）
- ・今までに、以下の病気にかかったことがありますか？（ない・ある〔 歳〕）
（喘息・糖尿病・高血圧・高脂血症・心臓病・腎臓病・肝臓病
・精神病〔うつ病・パニック障害等含む〕）
- ・現在、治療中の病気、内服中のお薬がありませんか？（通院先と薬の名前を教えてください）
（ない・ある ）

VII. あなたと直接血の繋がっている親族についてお答えください。

- ・あなた自身のお父さんは（現在 歳〔健康・病氣中 〕）
（ 歳で亡くなった：病氣 ）
- ・あなた自身のお母さんは（現在 歳〔健康・病氣中 〕）
（ 歳で亡くなった：病氣 ）
- ・血の繋がった親族（兄弟・祖父母・親戚）の中で、以下の病気にかかった方はおられますか？
（高血圧、脳梗塞、脳卒中、糖尿病、心臓病、がん など）
（どなたが： 、何の病氣： ）
- ・麻酔で異常を起こしたことがありますか？（ない・ある）
- ・その他、当院での診察、治療に関して、特別な希望や信条がありましたらお聞かせ下さい。

[]

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願い致します。

◆医療情報取得加算(初診時)加算①3点/加算②1点(マイナ保険証を利用した場合)