

婦人科外来予診票

診療に当たりまして、必要事項をお伺い致します。以下の質問にできるだけ詳細にご記入下さい。

氏名		年齢	才	職業		身長	cm	体重	kg
----	--	----	---	----	--	----	----	----	----

I. 本日受診された理由をお答え下さい。（1、～13、に○をつけて下さい。複数あっても構いません）

- 1、子宮がん検診 ☐ 頸部 ☐ 体部 ☐ 市民検診扱いで希望
- 2、月経異常（内容は質問Ⅲ.3.にて記入）
- 3、不正出血 量()、色()、時期()
- 4、月経時以外の下腹部痛（他部位： ）
- 5、おりもの ☐ 色がつく ☐ 臭う ☐ 量が多い
- 6、外陰部や膣のかゆみ
- 7、妊娠？ 市販妊娠検査薬： 陽性 ・ していない
- 8、更年期症状 ☐ のぼせ、ほてり ☐ 発汗 ☐ 倦怠感 ☐ イライラ ☐ めまい ☐ 肩こり ☐ その他()
- 9、月経移動 避けたい日： / ~ /
- 10、不妊相談 →裏面へ
- 11、定期検診（当院通院中）☐ 手術後 ☐ 子宮筋腫 ☐ 子宮内膜症 ☐ 卵巣嚢腫 ☐ その他() →裏面へ
- 12、他院にて右記疾患を指摘 ☐ 子宮筋腫 ☐ 子宮内膜症 ☐ 卵巣嚢腫 ☐ その他() →裏面へ
- 13、その他 ()
- * 10、11、12、に○を付けられた方は、裏面へのご記入をお願い致します。

II. 婦人科受診についてお答え下さい。

1. 一番最近婦人科を受診されたのはいつですか？ 初めて ・ 平成 年 月 頃
2. 子宮がん検診を最後に受けられたのはいつですか？ 受けたことがない ・ 平成 年 月 頃
3. 性交渉の経験はありますか？ いいえ ・ はい
4. 妊娠のご希望はありますか？ いいえ ・ なるべく早く希望する ・ 将来的には希望する

III. あなたの月経についてお答え下さい。

1. 一番最近の月経はいつから始まりましたか？ 平成 年 月 日より。
または、 才時に閉経となりました。
2. 一番最初の月経が始まった年齢（初潮）は、 才（小学 年、中学 年）です。
3. 月経の周期は（規則的、不規則）で、だいたい 日毎に来ます。
月経の量は（普通、少なく、多くて）、だいたい 日ぐらい続きます。
月経痛（生理痛）は（ほとんどなく、軽く、強く）痛み止めを必要と（する、しない）。

IV. 結婚についてお答え下さい。

ご結婚されていますか？ いいえ ・ はい （ 昭和 ・ 平成 年 月 才時結婚）
離婚経験はありますか？ いいえ ・ はい （ 回、 才時）

V. 過去の妊娠についてお答え下さい。（ない方は、こちらへチェックして下さい。 ☐ なし）

	出産年月日	出産年齢	妊娠週数	分娩経過	出生体重	性別	特記事項 (出血、吸引、黄疸など)	出産施設
1	昭和 平成 年 月 日	才	週	正常分娩・帝王切開・流産・中絶	g	男・女		
2	昭和 平成 年 月 日	才	週	正常分娩・帝王切開・流産・中絶	g	男・女		
3	昭和 平成 年 月 日	才	週	正常分娩・帝王切開・流産・中絶	g	男・女		
4	昭和 平成 年 月 日	才	週	正常分娩・帝王切開・流産・中絶	g	男・女		
5	昭和 平成 年 月 日	才	週	正常分娩・帝王切開・流産・中絶	g	男・女		

VI. 現在、通院、加療中の病気（不妊症、子宮筋腫、子宮内膜症、子宮腺筋症、卵巣嚢腫以外）についてお答え下さい。
ない ・ ある（病名、内服中の薬 ない ・ ある 薬品名）

VII. 過去にかかった病気や、受けた手術（不妊症、子宮筋腫、子宮内膜症、子宮腺筋症、卵巣嚢腫に関するもの以外）についてお答え下さい。
輸血
才の時に の病気にかかった、 の手術を受けた（ なし・あり ）
才の時に の病気にかかった、 の手術を受けた（ なし・あり ）

VIII. 喘息と言われたことはありますか？

ない ・ ある
→裏面へ続きます

IX. アレルギーについてお答え下さい。

ない ・ ある（薬品_____、食べ物_____、その他_____）

X. 嗜好品についてお答え下さい。

1. タバコを吸われますか？ いいえ ・ はい（_____本／日程度）
2. お酒を飲まれますか？ いいえ ・ ときどき飲む ・ ほぼ毎日飲む

XI. あなたのご家族の方（ご両親、ご兄弟、祖父母様）がかかった病気についてお答え下さい。

ない ・ ある（病名_____）

例）高血圧、糖尿病、脳梗塞、脳内出血、心筋梗塞、癌、肝硬変、甲状腺機能亢進症、リウマチ、子宮筋腫、染色体異常など 具体的な病名をお分りの範囲でご記入下さい。

本日、子宮筋腫、子宮内膜症、子宮腺筋症、卵巣嚢腫 他のため、受診された方へお伺い致します。

I. 現在の症状についてお答え下さい。

- | | | | |
|----------------|------------------|------------|----------------|
| 1、 特にない | 2、 過多月経（質問Ⅱ.へ） | 3、 不正出血 | 4、 下腹部痛 |
| 5、 腰痛 | 6、 月経痛が強い（質問Ⅲ.へ） | 7、 排卵痛 | 8、 性交痛 |
| 9、 排便痛 | 10、 頻尿 | 11、 腫瘍に触れる | 12、 不妊（_____年） |
| 13、 その他（_____） | | | |

II. I.で、2、過多月経に○を付けられた方へお伺いします。

1. 月経ピーク時のナプキンの交換は？ _____時間毎
2. 貧血症状（動悸、息切れ、目眩など）はありますか？ ない ・ ある

III. I.で、6、月経痛が強いに○を付けられた方へお伺いします。

（数字で記入）

1. 想像できる最も強い痛みを10とし、痛みのない状態を0とした場合、月経ピーク時の痛みの程度は、_____
2. 鎮痛剤の使用は？ ない ・ ある （薬品名_____、1周期あたり_____回の使用）

IV. 今回、他院でこの疾患を指摘された方へお伺い致します。他院での診断、検査についてお答え下さい。

1. 最初に診断を受けたのはいつ頃ですか？ 平成_____年_____月頃、医療機関名_____
2. 診断名は？ _____ ・ わからない
3. 行われた検査は？ 超音波 ・ CT ・ MRI ・ 貧血 ・ 腫瘍マーカー ・ その他_____
4. 3.の検査結果についてご記入下さい。 ☐ よくわからない （医療機関名）

例）子宮筋腫の大きさや数、卵巣の大きさ、病巣の場所、貧血や腫瘍マーカーの検査結果など

V. また、他院での治療についてお答え下さい。

- ☐ 治療は行っていない、または経過観察
- ☐ 薬による治療 薬品名_____、行った期間_____、医療機関名_____
- ☐ 手術療法 （☐ _____才の手術時には、輸血を行った）
- _____才の時に、（腹腔鏡・開腹）により、_____の手術を受けた。_____
- ☐ その他 _____

本日、不妊相談のため、受診された方へお伺い致します。

I. 妊娠を希望してから、_____年_____ヶ月間（避妊期間を除く）子供ができない。

II. ご主人様（パートナーの方）のご年齢は？ _____才

III. 今までに他院にて不妊の検査を受けたことはありますか？ 医療機関名_____

ない ・ ある（ ホルモン検査 ・ クラミジア検査 ・ 子宮卵管造影 ・ 精液検査 ・
ヒューナーテスト ・ 子宮鏡検査 ・ 腹腔鏡検査 ・ その他_____）
検査結果についてご記入下さい。 _____ ☐ よくわからない

IV. 今までに他院にて不妊の治療を受けたことはありますか？ 医療機関名_____

ない ・ ある（ タイミング指導 ・ 排卵誘発 ・ 人工授精 ・ その他_____）