

# 問 診 表

フリガナ

お名前 \_\_\_\_\_ (大正 昭和 平成 令和)

郵便番号 〒 \_\_\_\_\_ 生年月日 年 月 日 歳

ご住所 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

ご職業 \_\_\_\_\_ 携帯番号 \_\_\_\_\_

## 1、本日受診される理由は何ですか？

- ①子宮癌検診 ②骨密度検査 ③月経以外の出血 ④月経不順 ⑤月経痛  
⑥おりものが気になる ⑦陰部にしこりがある ⑧陰部が痛い ⑨陰部がかゆい  
⑩お腹が痛い ⑪排尿異常 (尿が近い、排尿時痛む)  
⑫更年期症状、それはどのような症状ですか？  
( )  
⑬セカンドオピニオン ⑭妊娠かどうか (出産希望、中絶)  
⑮その他 ( )

## 2、現在他の病院にて診察、治療を受けているものはありますか？

- ①はい ところで ( ) 病名 ( )  
どこで ( ) 病名 ( )  
②いいえ

## 3、今までに病気やけがをしたことがありますか？

- ①はい ( 年 または 歳のときに、病名： )  
( 年 または 歳のときに、病名： )  
②いいえ

## 4、アレルギーはありますか？

- ①はい (薬、食べ物、その他 ) ② いいえ

## 5、婦人科歴

(1) 月経のある方にお聞きします。

- ①初経 ( 才) ②周期は規則的 ( 日ごと)、不規則 (約 日～ 日ごと)  
③量は (多い、少ない、普通)  
④月経は何日続きますか？ ( 日間) ⑤かたまりは出ますか？ (出る、出ない)  
⑥月経痛について (腰痛、腹痛、その他、なし) ⑦鎮痛剤を使用しますか？ (はい、いいえ)  
⑧最近の月経はいつですか？ ( 年 月 日 ～ 月 日)

(2) 閉経してる方にお聞きします。 閉経したのは ( 歳のころ)

(3) 結婚はしていますか？ ①はい ②いいえ (死別している、離婚歴がある)

(4) 今までにセックスの経験はありますか？ ①はい ②いいえ

(5) 妊娠、出産についてお聞きします。

- ①出産の経験はありますか？ (はい、いいえ)  
②流産、中絶の経験はありますか？ (無し、流産有り、中絶有り)

## 6、喫煙について

- ①吸っている ②吸っていない ③今は吸っていないが過去に吸っていたことがある

## 7、マイナンバーカードを健康保険証として利用する方にお聞きします。

- ①マイナ保険証による診療情報取得に同意いただけますか？ ( はい ・ いいえ )