

女性問診票（奥様をご記入ください）

I. 基本情報

氏名	身長	体重	血液型	Rh
----	----	----	-----	----

II. 仕事の状況について（お仕事されている方はお答えください）

①お仕事は忙しいですか

あまり忙しくない 普通 忙しい とても忙しい

②勤務にストレスを感じますか

強い あまりない ない

III. 月経について

①初潮	才
②月経周期	順調（ 日周期） / 不順 持続日数 日間
	最終生理 年 月 日から 日間
	その前 年 月 日から 日間
③月経量	多量 / 中等量 / 少量
④生理痛はありますか	下腹痛 / 腰痛 / 頭痛 / その他（ ）
⑤鎮痛剤は服用しますか	いいえ / はい（薬名： ）
⑥性交痛がありますか	いいえ / はい

IV. 妊娠・出産歴 ない / ある（あるの方は下記の表にご記入ください）

	妊娠または出産	妊娠週数	分娩経過	病院名	出生児
①	年 月 才	週	1.正常分娩 2.帝王切開 3.死産 4.流産 5.早産 6.中絶		g 男 / 女 健 / 否
②	年 月 才	週	1 / 2 / 3 / 4 / 5 / 6		g 男 / 女 健 / 否
③	年 月 才	週	1 / 2 / 3 / 4 / 5 / 6		g 男 / 女 健 / 否
④	年 月 才	週	1 / 2 / 3 / 4 / 5 / 6		g 男 / 女 健 / 否

V. 現在、産婦人科以外で通院中の方はご記入ください

疾患名（ ） 病院名（ ）

VI. 現在、内服している薬はありますか

いいえ / はい（薬名 ）

VII. 日常生活の習慣について

睡眠時間は	<input type="checkbox"/> () 時間位	<input type="checkbox"/> 決まっていない
運動は	<input type="checkbox"/> 毎日する	<input type="checkbox"/> 時々する <input type="checkbox"/> あまりしない
お酒は	<input type="checkbox"/> 毎日飲む	<input type="checkbox"/> 時々飲む <input type="checkbox"/> 飲まない
喫煙は	<input type="checkbox"/> 吸う (1日 本)	<input type="checkbox"/> 吸わない

VIII. アレルギーについて

①アレルギーはありますか	いいえ / はい	原因となるもの () 症状 ()
②アルコール綿・ゴム製品のアレルギーはありますか	いいえ / はい	<input type="checkbox"/> アルコール綿 (消毒) <input type="checkbox"/> ゴム製品 症状 ()
③薬 (飲み薬や注射、歯科麻酔薬など) で副作用を起こしたことはありますか	いいえ / はい	医薬品名 () / 不明 副作用 ()
④ヨードアレルギーまたは造影剤を使用した検査で副作用を起こしたことはありますか	いいえ / はい	検査名 () / 不明 副作用 ()

IX. これまでに下記のような病気にかかったことがありますか (重複可)

- 癌 () 結核 糖尿病 心疾患 高血圧 喘息 腎疾患
 甲状腺疾患 肝疾患 リウマチ 精神疾患 子宮内膜症 子宮筋腫
 クラミジア 淋病 梅毒 B型肝炎 C型肝炎
 その他 ()

X. 入院したことがありますか

いつ頃 (年 月) 病名 () 病院名 ()

X I. 手術したことがありますか

いつ頃 (年 月) 病名 () 病院名 ()

X II. 過去に輸血を受けたことがありますか いいえ / はい (「はい」の方はお答えください)

いつ () 歳 理由 :

X III. 信仰されている宗教はありますか いいえ / はい

X IV. 宗教上医療行為などに制限がありますか いいえ / はい

X V. 血縁の家族の中に何か特別な病気の方がいますか

いない / いる 続柄 ()
 遺伝病 高血圧 糖尿病 癌 甲状腺 膠原病
 その他 ()

X VI. 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。 (する / しない)

※同意されない場合は、下記内容の加算1が発生します。

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いたします。

◆医療情報取得加算 (初診時) 加算1 3点
 加算2 1点 (マイナ保険証を利用した場合)

X VII. その他、何かありましたらご自由にお書きください