

# 婦人科外来予診票

本日 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

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. 現在妊娠の可能性はありますか? ない ある どちらとも言えない

## III. 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・\_\_\_\_\_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・\_\_\_\_\_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

## IV. HPVワクチンを接種されたことはありますか? していない

した ( 2価  4価  9価)、( 1回  2回  3回)

## V. 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? \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日より\_\_\_\_日間  
その前の " " ? \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日より\_\_\_\_日間  
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)。

## VI. 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 ( \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_才時結婚)

離婚経験はありますか? いいえ・はい ( \_\_\_\_\_回、\_\_\_\_\_才時)

## VII. 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		

## VIII. 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\_\_\_\_\_)

## IX. 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。

\_\_\_\_\_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) \_\_\_\_\_

## X. 喘息と言われたことはありますか? ない・ある

医療法人 佐伯医院

→裏面へ続きます

**XI. 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 \_\_\_\_\_)

**XII. 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

**XIII.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か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、特になし           | 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? \_\_\_\_\_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

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) (医療機関名) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_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 \_\_\_\_\_ )