

婦人科外来予診票（再診用）

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v.2.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 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？ 当院が最後 ・ それ以外 _____年____月頃
2. 子宮がん検診を最後に受けられたのは？ 当院が最後・受けたことがない・それ以外 _____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. 前回当院受診された以降、HPVワクチンを接種されましたか？

していない した (2価 4価 9価)、(1回 2回 3回)

V. 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. 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. 前回当院受診された以降の婚姻歴についてお答え下さい。

現在結婚されていますか？ いいえ はい (_____年____月____才時)

離婚されましたか？ いいえ はい (_____回、____才時)

VII. 前回当院受診された以降の妊娠歴についてお答え下さい。（ない方は、こちらを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	h	男・女		

VIII. 現在、当院以外で通院、加療中の病気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. 前回当院受診された以降、罹られた病気や、受けられた手術についてお答え下さい。輸血 医療機関名

____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

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____)

→裏面へ続きます

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. 前回当院を受診された以降、あなたのご家族の方が罹られた病気についてお答え下さい。

変わらない ・ 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. 今回初めて他院にてこの疾患を指摘された方 (当院で指摘した場合以外の方) へお伺い致します。

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 _____ ケ月間 (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 _____)