

婦人科外来予診票

本日 平成____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. 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。

____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) がありますか? 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 _____ 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 _____)