

婦人科初診問診票

ID: _____

20 ____ 年 ____ 月 ____ 日記載

おなまえ

お名前: _____ (才) 身長: _____ cm 体重: _____ kg

国籍: 日本 その他 (_____ : 在留カード あり なし) 職業: _____

外国籍の方のみ: Name _____

質問は①～⑩まであります。
裏面までご記入をおねがいします。



① 今回受診された理由についてお聞きします。

- 予定の月経がない *妊娠判定をされましたか? はい (判定結果 陽性 陰性) いいえ
 月経以外で出血がある お腹が痛い おりものが多い
 外陰部にかゆみがある 子宮がん検診 排尿時痛
 不妊相談 (今までに治療した事が 有 無) その他 (_____)

② 子宮がん検診を受けていますか? いいえ はい (最終検診 ____ 年 ____ 月 結果: 異常あり・なし)

③ 現在までに怪我や病気で治療または入院をしたことがありますか? はい いいえ
(精神科、心療内科、カウンセリングを含む) *『はい』の方は下記にご記入ください。

年齢	病名	病院名	手術しましたか?
才			はい・いいえ
才			はい・いいえ
才			はい・いいえ

④ 現在、通院されている病院や内服している薬はありますか? はい いいえ

*『はい』の方は下記にご記入ください。(サプリメントも含む)

★薬手帳をご持参でしたらご提出お願いします。

病名	病院名	薬品目	使用期間

⑤ ご自身の両親又は兄弟姉妹、祖父母に以下の病気の方はいますか? はい いいえ

- 高血圧 (どなた _____) 糖尿病 (どなた _____) がん (どなた _____ 病名 _____)
 その他遺伝性の病気など (どなた _____ 病名 _____)

⑥ アレルギーはありますか? いいえ はい (下記に記入)

- 薬品: (_____) 食物: (_____) 金属
 アルコール ラテックス 造影剤 喘息 その他: _____

— 裏面までご記入をお願いします —

- ⑦ タバコは吸いますか？ 吸わない 吸う（下記に記入）
 今も吸っている（ 本/日 喫煙歴 年） 吸っていたがやめた（ 歳から 歳まで 本/日）
- ⑧ 飲酒についてお聞きます。 飲まない 飲む → 日本酒・ビール・焼酎・ワイン ml/日
- ⑨ 月経歴について 初経 _____ 才 ・ 閉経 _____ 才
 最終月経 月 日 ~ 月 日 月経周期 _____ 日 周期（順・不順）持続 _____ 日間
 月経量（少・中・多） 月経痛（なし・弱・中・強） 月経中に痛み止めを服用（有・無）

- ⑩ 結婚していますか？（特に妊娠希望でいらした方はご記入ください）

- 既婚 結婚時年齢 _____ 才（結婚後 _____ 年 _____ ヶ月） 夫年齢 _____ 才
 未婚 *入籍の予定はありますか？ 有 無
 離婚歴（ _____ 回）

- ⑪ 性交渉の経験はありますか？ 有 無

- ⑫ 過去の妊娠・分娩についてお聞きます。

妊娠（今回を含め） _____ 回 分娩 _____ 回 自然流産 _____ 回 中絶 _____ 回

出産年	出産年齢	妊娠期間	出生体重	性別	分娩方式
年 月	才	週	g	男・女	普通・帝王切開・その他 ()
年 月	才	週	g	男・女	普通・帝王切開・その他 ()
年 月	才	週	g	男・女	普通・帝王切開・その他 ()

- ⑬ 宗教についてお聞きます。

なし あり：宗教名（ _____ ）、 病院への希望（ _____ ）

- ⑭ マイナンバーカード保険証による診療取得に 同意する 同意しない 持っていない

- ⑮ その他、何かありましたらご記入ください。（ _____ ）

- ⑯ 最後に当院を受診されたきっかけをお聞かせください。（複数選択可）

知人の紹介 他院の紹介 近所に住んでいる SNS 当院のホームページ
 広告や案内等 以前受診したことがある その他（ _____ ）



～ ご記入ありがとうございました。個人情報の取り扱いには十分注意いたします。～

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、マイナンバーカード保険証のご利用をお願い致します。

◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算（初診時）加算 1→6 点 加算 2→2 点マイナンバーカード保険証を利用した場合