

女性診療科外来受診の方へ

<外来問診票>

|                  |                  |
|------------------|------------------|
| 氏名：              | 生年月日：            |
| 身長            cm | 体重            kg |

1. 今日来院された理由を教えてください。

- 月経の異常 (  月経がこない  不順  量が多い  月経痛  その他 )
- 月経以外の下腹痛・腰痛がある
- 月経以外のお出血がある
- 他の病院や人間ドックで受診を勧められた (具体的に： )
- おりものや外陰部の異常 (  量や色が気になる  かゆみがある  痛みがある  しこりがある )
- 更年期障害の心配
- 避妊の相談
- その他 (具体的に： )

2. 月経についてお答えください。

- ・初めて月経が始まったのは \_\_\_\_\_ 歳ごろ      ・閉経した方→閉経したのは \_\_\_\_\_ 歳ごろ
- ・一番最近の月経は \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から \_\_\_\_\_ 日間
- ・その前の月経は \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から \_\_\_\_\_ 日間
- ・月経周期 (始まった日から次の月経までの期間) およそ \_\_\_\_\_ 日周期 (短いと \_\_\_\_\_ 日、長い時は \_\_\_\_\_ 日くらい)

3. 性交渉や妊娠・分娩歴についてお答えください。(答えたくない場合は医師に直接お伝えください)

- ・性交渉をしたことが  ない  ある
- ・妊娠したことが  ない
- ある →  正常分娩 \_\_\_\_\_ 回  帝王切開 \_\_\_\_\_ 回  流産 \_\_\_\_\_ 回  中絶 \_\_\_\_\_ 回
- 子宮外妊娠 \_\_\_\_\_ 回  絨毛性疾患 \_\_\_\_\_ 回

4. 今までかかった病気・手術についてお答えください。

- ・病気をしたことが  ない
- ある →  高血圧  糖尿病  喘息  その他 ( )
- ・手術をしたことが  ない
- ある (具体的に)
- ( \_\_\_\_\_ 歳時、手術名： )
- ( \_\_\_\_\_ 歳時、手術名： )
- ・現在治療中の病気が  ない
- ある →  高血圧  糖尿病  喘息  その他 ( )
- ・現在使用している薬 (サプリメントも含む) はありますか？
- ない
- ある (具体的に )
- ・アレルギーの出る薬や食べ物などがありますか？
- ない
- ある → 薬 ( ) その他 ( )

<裏面もご記入ください>

5. 生活習慣についてお答えください。

- ・タバコ：  経験なし  
 過去あり、現在なし     現在あり    (本数) \_\_\_\_\_ 本/日 × \_\_\_\_\_ 年間
- ・お酒：  のまない  
 のむ (何をどれくらい： \_\_\_\_\_ を \_\_\_\_\_ mL くらい、 \_\_\_\_\_ 回/週)
- ・宗教上の制約はありますか？  
 ない  
 ある ( \_\_\_\_\_ )

6. この 1 週間のきもちのつらさを平均して、数字に○をつけてください。

つらさはない 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 最高につらい

7. その気持ちのつらさのためにどの程度、日常生活に支障がありましたか？

支障はない 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 最高に支障がある

8. 当院では医学的に必要と判断した場合は輸血を行っています。あなたは輸血を受けても良いですか？\*

※実際に必要な場合は別途説明し同意をいただきます。

- はい
- いいえ

9. 血縁のご家族についてお答えください。

- ・父 \_\_\_\_\_ 歳  健康  病気がある (病名： \_\_\_\_\_ )  死亡 \_\_\_\_\_ 歳 原因 \_\_\_\_\_
- ・母 \_\_\_\_\_ 歳  健康  病気がある (病名： \_\_\_\_\_ )  死亡 \_\_\_\_\_ 歳 原因 \_\_\_\_\_
- 兄弟・姉妹、祖父母など
- ・ ( ) \_\_\_\_\_ 歳  健康  病気がある (病名： \_\_\_\_\_ )  死亡 \_\_\_\_\_ 歳 原因 \_\_\_\_\_
- ・ ( ) \_\_\_\_\_ 歳  健康  病気がある (病名： \_\_\_\_\_ )  死亡 \_\_\_\_\_ 歳 原因 \_\_\_\_\_

10. 連絡先をご記入ください。

住所： \_\_\_\_\_  
 電話： ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ ( 本人携帯 ・ 自宅 ・ 職場 )

当院から連絡を差し上げる時に当院の名前を出しても差し支えありませんか？ (はい・いいえ)

11. どのようにして聖路加メディローカスをお知りになりましたか？

- 看板・パンフレット     HP     聖路加国際病院、予防医療センターより紹介     他医療機関より紹介
- 勤務先より紹介     家族・知人より紹介
- その他 ( \_\_\_\_\_ )

※診療中に得られたデータを、個人が特定できない範囲で学会等で発表させていただくことがあります。  
 ご理解くださるようお願いいたします。