

# みのうらレディースクリニック 問診票

フリガナ \_\_\_\_\_ 生年月日 昭和・平成 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

お名前 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_歳

身長 \_\_\_\_\_cm 体重 \_\_\_\_\_kg

喫煙：しない・する（1日に\_\_\_\_本程度） 飲酒：飲まない・飲む（\_\_\_\_日間に1回程度）

住所 〒 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

職業 \_\_\_\_\_

自宅電話：① \_\_\_\_\_ 携帯電話：② \_\_\_\_\_

どちらの番号に電話をさせていただいたらよろしいでしょうか？ ① ・ ②

紹介状はありますか？ はい ・ いいえ

受付で御名前を呼ばれることに抵抗を感じる方は番号札をお渡ししますので申し出てください。

問診表は診療をよりよいものとするために大変参考になります。診察時に詳しくお話を伺いますが、お分かりになる範囲でご記入いただければ幸いです。

**1) 今日どのようなことでおいでになりましたか？**（当てはまる項目に○をつけてください）

- |               |                           |                     |
|---------------|---------------------------|---------------------|
| 1. お子さんができない. | 7. 更年期障害（不眠・肩こり・いらいら・のぼせ） | 12. 外陰部がかゆい・痛い      |
| 2. 流産をくりかえす   | 8. おなかが痛い                 | 13. 子宮筋腫といわれた       |
| 3. 月経痛がつよい    | 9. 腰が痛い                   | 14. 卵巣腫瘍が晴れているといわれた |
| 4. 月経不順       | 10. 性器出血                  | 15. 子宮癌検診           |
| 5. 月経血量が多い    | 11. おりものが多い               | 16. 妊娠しているかどうか      |
| 6. 月経血量が少ない   |                           |                     |
- その他（ \_\_\_\_\_ ）

**2) いつ頃からお気づきになりましたか？**

（ \_\_\_\_\_ 日前、 \_\_\_\_\_ 月前、 \_\_\_\_\_ 年前）

**3) 他の病院で診てもらったことがありますか。** ある・ない

あるの場合、その病院でどのような説明を受けましたか。

## 4) 月経について

- 初潮は何歳でしたか？ \_\_\_\_\_歳
- 月経周期：月経が始まってから次の月経が始まる日まで。  
順調・不順（ \_\_\_\_\_日間～ \_\_\_\_\_日間）
- 月経の持続期間： \_\_\_\_\_日間～ \_\_\_\_\_日間
- 月経血量： 多い・普通・少ない

当院記入欄

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

BP \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

BW \_\_\_\_\_

- (5) 月経に伴って以下の症状はありますか？（当てはまる項目に○をつけてください）  
下腹部痛・腰痛・頭痛・その他（                      ）  
鎮痛剤を服用されますか？ はい・いいえ
- (6) 最近の月経は？ \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日
- (7) 閉経の年齢は？ \_\_\_\_\_歳

## 5) 結婚・妊娠について

- (1)結婚していますか？    はい・いいえ  
     はいの場合、\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月
- (2)セックスの経験はありますか？    はい・いいえ
- (3)妊娠の経験はありますか？
- ①\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月：妊娠 \_\_\_\_\_週 中絶・流産・分娩（経膈分娩・帝王切開\_\_\_\_\_g）
- ②\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月：妊娠 \_\_\_\_\_週 中絶・流産・分娩（経膈分娩・帝王切開\_\_\_\_\_g）
- ③\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月：妊娠 \_\_\_\_\_週 中絶・流産・分娩（経膈分娩・帝王切開\_\_\_\_\_g）
- ④\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月：妊娠 \_\_\_\_\_週 中絶・流産・分娩（経膈分娩・帝王切開\_\_\_\_\_g）

## 6) 現在、何か薬を飲んでいらっしゃいますか？    はい・いいえ

はいの場合、薬の名前がわかりますか？

---

## 7) 食物や薬などでアレルギー等の副作用を経験したことがありますか？    はい・いいえ

はいの場合、どのような薬でどのような症状が起きましたか？

---

## 8) いままで大きな病気をしたことや手術の経験はありますか？

あるいは、現在治療中の病気はありますか？    はい・いいえ

はいの場合、いつ頃どんな病気や手術でしたか？

---

## 9) ご家族やご親戚で、次のような病気にかかった事のある方がいらっしゃいますか？

心臓病（    ）    糖尿病（    ）    高血圧（    ）    脳卒中（    ）

結核（    ）    喘息・アレルギー（    ）    癌（    ）    その他

## 10) 子宮頸がん検診はいつ受けられましたか。

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月

## 11) 乳がん検診はいつ受けられましたか。

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月

## 12) 風疹抗体検査をしたことがありますか

ある（    ）    ない（    ）    不明（    ）

## 13) 診療に関してご要望があれば記入してください。

---

---

---