

外来初診受付および問診票 平成 年 月 日

ふりがな 身長 cm
お名前 様 男・女 職業 体重 kg
生年月日 明治・大正・昭和・平成 年 月 日 歳
電話番号 ( ) / 携帯電話 ( )
ご住所 〒 -

症状がある方で検査等を希望される場合は保険診療となりますが、特に症状が無い方で検査等を希望される場合「私費診療」となりますのでご了承下さい。

いつからどうなさいましたか？症状を具体的にお書き下さい。（婦人科受診の方は裏面も）

この件で今飲んでいる薬はありますか？ ない・ある（月 日から）
薬の名前

他に治療中の病気や服用中の薬はありますか？ ない・ある
病名： 医療機関名：
お薬の名前 いつから

今までに大きな病気や入院、手術をしたことがありますか？
歳，病名： 医療機関名：（通院・入院・手術）

女性の方のみご記入ください。

- ・最終月経（開始日）年 月 日から 日間
・閉経した（歳）

血縁の方で下記のような病気をされた方はいらっしゃいますか？（いない・いる）

高血圧・脳卒中・心臓病・がん・糖尿病・片頭痛・乳腺疾患・婦人科疾患・その他

どなたが？ 病名：

お薬のアレルギーはありますか？ ない・ある（薬剤名：）

ほかにアレルギーはありますか？ ない・ある

喘息・花粉症・アトピー：原因：食べ物・花粉症・ハウスダスト・ダニ・その他（）

嗜好品について たばこ 吸わない・吸う（1日 本 / 歳から）

アルコール 飲まない・飲む（1回量 / 週 回）

コーヒー・緑茶・紅茶（1日 杯）

このクリニックを何でお知りになりましたか？

通りがかり・看板（場所：），タウンページ

当院ホームページ・その他のホームページ（），その他（）

その他、何かご希望があればお書き下さい。 例：診断書、血液検査・CT検査など

御協力ありがとうございました。

# 婦人科問診票

患者様へお願い： 婦人科の診察・診断には正確な問診が欠かせません。

お手数をおかけしますが、できるだけ正直にお書き下さい。尚、ここで知り得た情報を口外することは決してありませんのでご安心下さい。

## 1. 本日はどのような目的で来院されましたか？（あてはまるものを で囲んで下さい）

- 検診希望**
- ・レディース検診 25,000円 （子宮頸癌検診, 超音波検査, 総合血液検査, 感染症, 診断・文書）
  - ・癌 検 診（子宮頸癌検診 3,000円, 子宮体癌検診 3,000円, 超音波検査 5,000円, 乳癌検診 7,500円）  
頸癌検診と体癌検診を合わせて行う場合、合わせて 5,000円（子宮頸癌検診 3,000円, 子宮体癌検診 2,000円）にて行います。
  - ・クラミジア検査（おりものによる検査） 3,000円
  - ・総合血液検査 6,000円（肝機能, 腎機能, 糖尿病, 痛風, コレステロール, 甲状腺）
  - ・感染症血液検査 6,000円（B型肝炎, C型肝炎, HIV「エイズウイルス」, HTLV-1, 梅毒, 風疹抗体）
  - ・診断, 文書, 指導料 2,000円

**性感染症検診**・性感染症検診 10,000円（クラミジア検査, 淋病, 性感染症血液検査）

- ・クラミジア検査（おりものによる検査） 3,000円
- ・淋 病 （おりものによる検査） 3,000円
- ・性感染症血液検査 5,000円（B型肝炎, C型肝炎, HIV「エイズウイルス」, 梅毒）

**低用量ピルの処方希望する。**

**避妊リング留置希望する。**

**緊急避妊法（モーニングアフターピル）希望する。**

**月経を移動させたい**

下記のような症状のある方は、症状に応じて保険診療で必要な検査を行います。

以下の症状があり、検査・治療希望する。

下記の症状について相談したい

- ・ **月経異常** 月経不順 月経痛 月経前の体調不良 月経量の異常（多い・少ない）  
初潮がこない 月経が遅れている その他（ ）
- ・ **不正出血**（月経以外に出血がある） ・ **お腹が痛い**（上・下・右・中央・左・全体）
- ・ **おりものが多い、汚い、におう** ・ **外陰部にかゆみがある** ・ **外陰部が痛い**
- ・ **しこり、かたまりを触れる**（下腹部の 右・中央・左 ・外陰部 ・その他）
- ・ **子宮が下がった感じがする** ・ **尿が近い** ・ **排尿時に痛みがある** ・ **尿が汚い**
- ・ **妊娠の可能性ある**..... 妊娠の場合（ 出産する ・ 中絶を希望する ・ 迷っている ）  
\* 妊娠判定薬を使いましたか？ いいえ ・ はい（ 月 日 ）（ 陽性・陰性 ）
- ・ **更年期障害 症状** : .....
- ・ **悩みを相談したい** .....

それらの症状はいつからありますか？ .....

その症状で他の婦人科を受診されましたか？ いいえ・はい

（受診日・診断・治療内容）

## 2. あなたの月経、性体験、妊娠・出産についてお教え下さい。

- ・ **月経周期は順調ですか？** 順調（ 日周期）・不順（長いとき 日、短いとき 日）閉経（ ）歳
- ・ **初潮（初めての月経）**（ ）歳 ・ **セックスの経験はありますか？**（ある・ない）
- ・ **ご結婚されていますか？** 未婚 ・ 既婚（ ）歳 ・ 離婚した（ ）歳
- ・ **妊娠・出産について** 妊娠 回（そのうち分娩 回、自然流産 回、人工妊娠中絶 回）
- \* その詳細を例のようにお書き下さい。 例）18歳：中絶（妊娠3ヶ月）、21歳：正常分娩（妊娠10ヶ月）、24歳：帝王切開（10か月）  
歳：（ ）ヶ月 歳：（ ）ヶ月 歳：（ ）ヶ月

御協力ありがとうございました。