

産婦人科問診票

お名前 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

※下記の質問にお答えください。□には当てはまる項目にシをつけてください。

1 今日はどうされましたか

- ☐ 月経が遅れている ☐ 月経以外の出血がある ☐ 月経が止まらない
☐ 月経量が多い ☐ 月経痛が強い ☐ おりものが多い・におう
☐ 陰部が痛い・かゆい ☐ 陰部にできものがある ☐ 膣や子宮が下がっている
☐ 下腹部が痛い ☐ 更年期症状 ☐ 月経をずらしたい
☐ 検診で婦人科受診を指示された ☐ 他院からの紹介（紹介状 ☐ あり ☐ なし）
☐ 妊娠かどうか（市販の妊娠検査は ☐ していない ☐ 陽性 ☐ 陰性）
☐ 子宮頸がん検診 ☐ その他の症状（ _____ ）

2 子宮頸がん検診を受けていますか

☐ いいえ ☐ はい（最終検診 _____ 年 _____ 月頃）

3 月経について

- ① 初潮 _____ 歳 ② 閉経 _____ 歳
③ 最終月経は _____ 月 _____ 日から _____ 日間で その前の月経は _____ 月 _____ 日から
④ 月経周期（月経開始日から次の月経開始の前日までの日数） ☐ 規則的で _____ 日型 ☐ 不規則

4 結婚について

☐ 未婚（性交経験 ☐ なし ☐ あり） ☐ 既婚（結婚 _____ 歳） ☐ 離婚 ☐ 再婚 ☐ 死別

5 妊娠・出産について

妊娠 _____ 回 正常分娩 _____ 回 帝王切開 _____ 回 子宮外妊娠 _____ 回
流産 _____ 回 妊娠中絶 _____ 回

6 今までに治療が必要な病気にかかったことがある方は下記にお書きください

_____ 歳の時 病名 _____ _____ 歳の時 病名 _____
_____ 歳の時 病名 _____ _____ 歳の時 病名 _____

7 現在服用中の薬はありますか

☐ いいえ ☐ はい（ _____ ）

8 現在服用中のサプリや市販薬はありますか

☐ いいえ ☐ はい（ _____ ）

9 薬や食べ物によるアレルギーがありますか

☐ いいえ ☐ はい（ _____ ）

10 喫煙しますか ☐ いいえ ☐ はい（1日 _____ 本）

→裏面もあります

- マイナ保険証による診療情報取得に同意されますか

はい いいえ

- 他の医療機関からの紹介状はありますか

はい いいえ

- 1年間で健診（特定健診及び高齢者健診に限る）を受診しましたか

※マイナ保険証による診療情報取得に同意された方は記載不要です

はい （受診時期：____年____月 指摘事項：_____）
いいえ

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い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、マイナ保険証の利用にご協力をお願い致します。

◆医療情報取得加算（初診時）1点

（再診時）1点（3月に1回に限り算定）

婦人科外来 （2024.12 改訂）