

# 真田産婦人科麻酔科クリニック問診票

記入日： 20 年 月 日

フリガナ			生年月日	年齢
お名前			昭・平 年 月 日	才
住民票のある住所	〒 - - 都道府県			
携帯番号	- -	電話番号	- -	
緊急連絡先	- - (本人との関係： ) ※連絡が取れない時に、ご連絡させていただく場合があります			
職業		身長	cm	体重 kg
受診の目的	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん検査 <input type="checkbox"/> 不正出血 <input type="checkbox"/> おりもの <input type="checkbox"/> 外陰部のかゆみ <input type="checkbox"/> おなかが痛い <input type="checkbox"/> 子供が欲しい <input type="checkbox"/> 更年期症状 <input type="checkbox"/> 生理日の変更 <input type="checkbox"/> 月経の相談 <input type="checkbox"/> アFTERピル <input type="checkbox"/> ピル <input type="checkbox"/> 性病検査 <input type="checkbox"/> 妊娠検査(つわり：ある・ない) * 妊娠検査薬での確認 ( <input type="checkbox"/> 月 日(陽性・陰性) <input type="checkbox"/> 未確認) 先生に尋ねたい事、現在困っている症状など ( )			

当てはまる□に✓を入れてください

月経について	初経： 才   閉経： 才   最終月経： 年 月 日から 日間
	周期： 日(順調・不順)   月経痛：ひどい(部位 )・軽い・ない
	量： 多い・普通・少ない   痛み止めの服用： ある・ない
内診台での診察(股関節の開き)に支障はありますか	<input type="checkbox"/> ある 具体的に： <input type="checkbox"/> ない
子宮頸がん検診を受けたことはありますか	<input type="checkbox"/> ある : 年ごろ <input type="checkbox"/> ない
男性との性交渉の経験はありますか	<input type="checkbox"/> ある ※婦人科の診察では内診が必要な場合もあるためお聞きしています <input type="checkbox"/> ない
今までに産婦人科関連の病気にかかったことはありますか	<input type="checkbox"/> 子宮筋腫 <input type="checkbox"/> 子宮内膜症 <input type="checkbox"/> 子宮腺筋症 <input type="checkbox"/> 子宮奇形 <input type="checkbox"/> B群溶連菌(GBS)陽性 <input type="checkbox"/> 卵巣腫瘍 <input type="checkbox"/> その他(病名： )
外陰ヘルペスといわれたことはありますか	<input type="checkbox"/> ある いつ頃： 年 月ごろ <input type="checkbox"/> ない
今までに飲み薬、注射、食べ物などで発疹がでたり具合が悪くなったりしたことはありますか	薬や注射： <input type="checkbox"/> ない 食べ物：
アレルギーはありますか	<input type="checkbox"/> イソジン消毒 <input type="checkbox"/> アルコール(エタノール含綿)消毒 <input type="checkbox"/> 金属 <input type="checkbox"/> ゴム <input type="checkbox"/> アボカド、クリ、バナナ、キウイ、パイナップル、メロン <input type="checkbox"/> その他( )
今までに右記のような病気にかかったことはありますか	<input type="checkbox"/> 喘息(小児喘息・気管支喘息含：最終発作は__才) <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 腎疾患 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 脳内出血 <input type="checkbox"/> 自己免疫性疾患 <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 静脈血栓塞栓症 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 精神疾患( <input type="checkbox"/> うつ病 <input type="checkbox"/> パニック障害 <input type="checkbox"/> その他( ) ) <input type="checkbox"/> 上記以外の病気( )

