うえむら病院　初診問診票 記入日：　　　　年　　月　　日



【マイナ保険証に関して】\*マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか？　（　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　）

**●本日来院された理由は何ですか？※あてはまる項目を丸で囲んでください**

1. 妊娠についての相談 妊娠している 妊娠かどうか

妊娠検査 調べた（結果：　陽性　陰性　）　調べていない

出産を希望しますか？ 希望する　　 希望しない

1. 月経周期の相談 生理不順　　 不正出血
2. おなかが痛い
3. 外陰部がかゆい おりものが多い
4. がん検診希望 子宮がん検診 乳房がん検診
5. 更年期の相談

＃別紙問診表がございます。**２枚目**もご記入下さい

1. 不妊の相談
2. 避妊の相談 膀胱炎症状 セカンドオピニオン プレブライダルチェック　その他（　　　　　　　　　）

**●あなたの結婚についてお答えください**

結婚した年齢（　　）歳　　離婚した年齢（　　）歳　　独身（　同棲中　婚約中　）

再婚した年齢（　　）歳

性交渉（セックス）の経験はありますか？　　　　　　　　　　　　　　　　　（　ある　ない　）

**●あなたの喫煙についてお聞かせ下さい**

喫煙歴はない 　喫煙歴がある　　西暦　　　　年から　　　　年まで、または現在まで　　本／日

家族 同居人が吸っている（　　　本/日）

**●現在の飲酒についてお聞かせ下さい**

飲まない 飲む－１日の摂取量及び頻度（例：ビール500㎖）　　　　　　㎖　　　　　　　回／週

**●生理（月経）についてお答えください**

初めて生理が始まった年齢は （　　　）歳

閉経した(生理が終わった）年齢は （　　　）歳

生理は( 順調 ・ 不順 )で、周期は （　　　）日型

生理の量は　（　少ない　中等量　多い　）

＊最終月経＊

　　　　月　　　日から（　　）日間

生理はだいたい（　　　）日間続きます

生理痛は（　ひどい　軽い　ない　）

**●血縁者の中で下記の病気や、特別な病気にかかった方がいますか？**

いない 　いる（いる場合は記に血縁者との続柄をご記入ください）

　高血圧（　　　　　　）糖尿病（　　　　　　）喘息（　　　　　　）

　癌　　（　　　　　　）その他（　　　　　　　　　　　　　　　　）

＊　裏面へ続きます　＊

**●妊娠歴、分娩歴についてお答え下さい。（今回の妊娠は、含めないでご記入ください）**

妊娠したことがありますか？　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　（　ある　ない　）

妊娠(　　　)回　 出産(　　　)回

流産(　　　)回　 中絶(　　　)回　 子宮外妊娠(　　　)回　 死産(　　　)回

**●分娩内容　※太枠内のみご記入下さい** ＊枠がたりない方は下記の「memo」欄へご記入下さい。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ＮＯ． | 分娩年月日 | 週数 | 出生体重(g) | 性別 | 分娩方法 | 病院名 | 特記事項 | ＧＢＳ |
| 1. |  |  | g | 男　女 | 正常・吸引・帝王切開(予定・緊急) |  |  |  |
| 2. |  |  | g | 男　女 | 正常・吸引・帝王切開(予定・緊急) |  |  |  |
| 3. |  |  | g | 男　女 | 正常・吸引・帝王切開(予定・緊急) |  |  |  |
| 4. |  |  | g | 男　女 | 正常・吸引・帝王切開(予定・緊急) |  |  |  |
| 5. |  |  | g | 男　女 | 正常・吸引・帝王切開(予定・緊急) |  |  |  |

**●病歴についてお答えください**

婦人科で診断された病気はありますか？ （　ある　ない　）

子宮筋腫 卵巣腫瘍 子宮内膜症 子宮脱　 その他 （　 　）

上記婦人科以外で診断された病気はありますか？ （　ある　ない　）

高血圧症 糖尿病 喘息 結核

心臓病 腎臓病 肝臓病

うつ病 パニック障害 統合失調症

その他(　　　　　 )

**●手術を受けたことがありますか？** （　ある　ない　）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| いつ頃(年月日)か年齢 | 病名 | 病院名 |
|  |  |  |

**●輸血を受けたことがありますか？** （　ある　ない　）

**●輸血が必要になった場合、同意しますか？** （しない　する　）

**●服薬中のお薬がありますか？または以前服薬していたお薬はありますか？**（　ある　ない　）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| お薬の名前 | いつ頃(年月日)か年齢 | 何の時に使用したか（病名等） | 現在の状況 |
|  |  |  | 治療中　　 完治  その他(　　　　　　) |

**●アレルギーはありますか？**（　ある　ない　）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| お薬 | 食べ物 | その他 |
|  |  |  |

**●最後に子宮がん検診を受けたのはいつ頃ですか？**受けていない　受けた　　　年　　　月頃

**●この１年間で特定健診または自治体健診を受けましたか？** 受けていない 受けた　

**●２年以内に胸部レントゲン検査を受けましたか？**受けていない　受けた　　　年　　　月頃　受ける予定

|  |
| --- |
| memo |
|  |
|  |

＊「更年期の相談」・「不妊の相談」の方は 別紙問診表ご記入後 受付窓口へお渡し下さい

＊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いたします。