

1. いつから、どのような症状がありますか？

2. 両親・祖父母・兄弟・姉妹・子(血縁関係のある方)に以下の疾患の方はいますか？

はい  糖尿病  高血圧  遺伝性疾患  がん(部位も記入)  いいえ

続柄： ( ) ( ) ( ) ( )

3. 生理についてお聞きします。

① 初経( )歳 閉経( )歳

② 一番最近の生理はいつからでしたか？ ( 年 月 日 ~ )

③ 生理の量  多  中  少

④ 生理周期  順調：( )日周期  不順

⑤ 生理期間中の下記の症状がありますか？

はい (  腰痛  腹痛  吐き気  頭痛 )  いいえ

4. 性交経験がありますか？  はい  いいえ

5. 妊娠・出産の経験がありますか？  はい  いいえ

妊娠( )回 : 自然(経腔)分娩( )回 : 帝王切開( )回  
: 流産( )回 : 人工中絶( )回

6. 結婚について  既婚  未婚  離別  死別

7. お仕事をされていますか？  はい 職業( )  いいえ

8. ピル・女性ホルモン剤、サプリメントを飲んでいませんか？  はい 薬剤名( )  いいえ

9. 子宮がん検診を受けたことがありますか？  はい  いいえ

10. 子宮がん検診で異常を指摘されたことがありますか？  はい  いいえ

11. 子宮頸がんワクチンを受けたことがありますか？  はい  いいえ

※ 不安なこと、ご質問などありましたらお書きください

# 初めて診察を受けられる方へ

問診室入力

--

※ ご記入またはを入れてください

令和 年 月 日

フリガナ		年齢	体温：                    °C	脈拍：                    回/分
氏名			血圧：                    /                    mmHg	
携帯	-                    -		身長：                    cm	体重：                    kg
緊急 連絡先	氏名：                    続柄：		呼吸数：                    回	SPO2：                    %
	電話番号：                    -                    -			

① 今までにかかった病気(指摘されたことのある病気)がありますか？			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 透析・シャント部位(                    ) <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> がん・悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 肺疾患 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 膠原病 <input type="checkbox"/> 眼の病気 <input type="checkbox"/> 耳・鼻の病気 <input type="checkbox"/> 胃・腸の病気 <input type="checkbox"/> 骨の病気 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> その他(                    )			
② 手術を受けたことがありますか？ (病名または手術名)	年齢	医療機関	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
③ 現在飲んでいる薬がありますか？ お薬手帳を持参されていますか？			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
④ 薬でアレルギー症状を起こしたことがありますか？ 薬品名(                    ) 症状(                    )			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑤ 以下のアレルギーはありますか？ <input type="checkbox"/> 食べ物(食品名：                    ) 症状(                    ) <input type="checkbox"/> アルコール <input type="checkbox"/> ゴム・ラテックス <input type="checkbox"/> ヨード系 <input type="checkbox"/> 金属 <input type="checkbox"/> 絆創膏			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑥ 体内・体外に留置している医療機器がありますか？ <input type="checkbox"/> CVポート <input type="checkbox"/> ステント <input type="checkbox"/> 避妊リング・ペッサリー <input type="checkbox"/> 歯のインプラント <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 植込み型除細動器(ICD) <input type="checkbox"/> 人工内耳 <input type="checkbox"/> リブレ <input type="checkbox"/> その他(                    )			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑦ 喫煙歴はありますか？(電子タバコも含みます) (                    歳頃から                    本/日 ) ( 喫煙歴：                    年 )			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑧ お酒は飲みますか？			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑨ がんなどの悪性の病気が分かった場合、自分で病状説明を聞きますか？			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑩ 必要時、輸血を受けますか？			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑪ 女性の方へお尋ねします。妊娠中、または可能性はありますか？			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑫ かかりつけの歯科があれば教えてください			(                    ) 歯科