

女性外来予診票

ふりがな

初診記入日 年 月 日

お名前 様 歳

看護師記入欄

身長 cm

体重 Kg

血圧 / mmHg

脈拍 /分

体温 °C

1、受診の目的について

A) ご相談内容について、いつ頃からどのように具合が悪いのかを、できるだけ具体的にお書きください。

B) 上記以外に特に医師にききたいこと、心配なことがあれば、お書きください。

C) 今回のご相談について、これまでに診察や検査を受けられたことがあればお書きください。

病院 科 受けた診断や治療内容

病院 科 受けた診断や治療内容

病院 科 受けた診断や治療内容

病院 科 受けた診断や治療内容

D) 下記の質問にお答えください。(あてはまる方に○をつけてください)

食欲はありますか？ はい いいえ

夜はよく眠れますか？ はい いいえ

最近大きな体重の変動はありますか？ はい いいえ 1年間で _____ Kg 増 or 減

尿漏れ・尿失禁はありますか？ はい いいえ

2、これまでの病気・受診歴・健診歴について

A) 現在おかけの病院や診療所はありますか？（はい・いいえ）

・ 「はい」の方は治療中の病名をすべてお書きください。

・ 現在服用されているお薬をすべてお書きください。

B) いままでにかかれた大きな病気（事故による外傷も含め、手術や入院を要したもの）があればすべてお書きください。

_____ 歳 _____

_____ 歳 _____

_____ 歳 _____

C) 健康診断もしくは人間ドッグを受けられていますか？（はい・いいえ）

・ 「はい」の方、最後に受けられたのはいつですか？

_____ 年 _____ 月頃

・ 何かご指摘はありましたか？

D) 乳がん・子宮ガン健診は受けられたことがありますか？

最後に受けられたご年齢をお書きください。

乳がん _____ 歳

子宮頸がん _____ 歳

子宮体癌 _____ 歳

E) 骨粗鬆症の検査は受けられたことがありますか？

_____ 歳

3、ご家族のこと、生活背景について

A) ご親族（父母、祖父母、子ども、兄弟姉妹）の中に大きな病気にかかれた方はいらっしゃいますか？

どなたが _____ 何の病気 _____

どなたが _____ 何の病気 _____

どなたが _____ 何の病気 _____

どなたが _____ 何の病気 _____

B) 結婚歴、家族構成についてお差支えない範囲でお答えください。

- ・あてはまるものに○をつけて、年齢をお書きください。

未婚・既婚（ 歳）・離婚（ 歳）・再婚（ 歳）
事実婚（ 歳から）・死別（ 歳）

- ・現在同居されておられる方すべてに○をつけてください。

同居者なし 夫（ 歳） 子供（ 歳、 歳、 歳、 歳）
夫の父・母 あなたの父・母 兄 弟 姉 妹 孫
その他（ ）

C) 嗜好品についてお答えください。

- ・アルコールは飲まれますか？（はい いいえ）

「はい」の方はどのくらいの量ですか？ 月 or 週に _____ 日 1日 _____ ml

禁酒歴はありますか？ _____ 歳から止めている

- ・タバコは吸われますか？（はい いいえ）

「はい」の方は 1日 _____ 本 喫煙歴 _____ 年

禁煙歴はありますか？ _____ 歳から止めている。

D) お仕事についてお答えください。

現在の職業 _____ 歳から退職または休職中

4、月経・アレルギー・健康への取り組みについて

A) 月経についてお答えください。

初潮 歳 閉経 歳 (子宮全摘術 歳)

最終月経 年 月 日 日間

月経周期 (整・不整) 日周期

現在妊娠されている可能性はありますか? (はい・いいえ)

これまでの妊娠歴 回 (歳 歳 歳 歳 歳)

これまでの出産歴 回 (歳 歳 歳 歳)

B) アレルギー体質はありますか? (ある なし)

- ・ 「ある」の方はその症状や原因となるもの(食物・薬など)をお書きください。

喘息 じんましん アトピー 花粉症 その他

原因物質の種類

- ・ とくにお薬を使用したときに異常な反応がでたことがありますか? (はい いいえ)
- ・ それはどんな症状でしたか?

お薬の名前・種類

C) 健康のために何か特別に取り組んでいることはありますか?

- ・ サプリメントや健康食品

- ・ 定期的な運動 (ジョギング・ヨガなど)

- ・ 代替医療 (温泉・アロマセラピー・マッサージなど)

- ・ その他 なんでも
