

# 問 診 票

女性外来 / 徳島市民病院

受診日： 年 月 日

氏名： \_\_\_\_\_ 年齢： \_\_\_\_\_

医師との相談の時間を有意義にするため、その前に、ご相談点を整理するお手伝いをさせていただけたらと存じます。

さしつかえなければ以下の質問にお答えください。(必要と思われる項目をご記入ください。)

本日はどのようなきっかけでご相談に見えられましたか？

- (ア) ( ) 病院・医院から紹介された。
- (イ) 知り合いの方に紹介された。
- (ウ) ホームページ・広報誌・院内掲示をみて知った
- (エ) その他( )

産婦人科などの診療科ではなく、女性外来を受診して下さった理由をおしらせください。  
(複数回答可)

- (ア) 女性医師に相談したい
- (イ) 話をゆっくり聞いて欲しい
- (ウ) どの科にいけば良いのか分からない
- (エ) 完全予約制で、時間の都合がつけやすい
- (オ) ( )科は行きにくい

本日はどのようなことをご相談にみえられましたか？

1. 健康診断を受けたい： 特に気になること( )
2. 月経について： 痛み 量 周期 月経前の症状 その他( )
3. 妊娠について： 妊娠 避妊 不妊 妊娠の合併症( )  
その他( )
4. 子宮や卵巣の病気について (特に気になるのはどのような病気ですか？)  
子宮筋腫 子宮内膜症 卵巣のう腫 子宮頸がん 子宮体がん 卵巣がん  
その他( )
5. 乳房の異常： しこりがある はりがある 痛みがある 乳汁分泌の異常
6. 更年期の心配：  
ア) 更年期障害かどうか  
特に気になる症状はありますか( )  
イ) 更年期に起こりやすい病気について  
特に気になる病気はありますか( )
7. 性感染症の心配：  
気になる症状はありますか( )
8. 出血 おりもの かゆみ

9. 排尿の悩み： 尿もれがある 頻尿がある 排尿痛がある  
 尿の回数は1日何回ですか ( ) 回)  
 そのうち就寝から起床までの回数は何回ですか ( ) 回)  
 排尿に伴う不快な症状はありますか あり なし  
 それはどのような症状ですか ( )  
 尿漏れはありますか あり なし
10. 排便の悩み： 便秘 下痢
11. 痛みに関する悩み： 頭痛 腰痛 腹痛 乳房痛 関節痛 肩痛  
 その他( )
12. 皮膚の悩み： できもの 発疹 しみ シワ かゆみ 頭髪  
 その他( )
13. その他の症状の悩み： めまい 耳鳴り 視力 視野の異常  
 その他( )
14. 生活の悩み： 不眠 眠気 食欲の亢進 食欲の減退 体重減退
15. 持病や病気の不安：  
 気になる持病：( )  
 今気になっている病気があれば：( )
16. 薬、またはサプリメントに関して：  
 現在服用中の薬またはサプリメント：( )  
 気になる薬またはサプリメント：( )
17. 精神的な悩み： 落ち込み うつ イライラ 興奮 記憶の低下  
 その他( )
18. 人間関係の悩み： パートナー 親子 職場 その他、だれと( )
19. 性生活会の悩み：( )

以上について何をお聞きになりたいですか？(複数回答可)

- (ア) 本当の病気かどうか知りたい (診断)  
 (イ) 詳しい情報が欲しい (情報)  
 (ウ) 他で治療中であるがこれでよいのかどうか知りたい (セカンドオピニオン)  
 (エ) 治療を受けたい (治療)  
 (オ) より良い医師、医療機関を紹介して欲しい (紹介)  
 (カ) その他( )

あなたの背景についてお尋ねします。

- A) 月経は順調ですか？： はい いいえ 閉経( )才のとき  
 B) 性交の経験はありますか： はい いいえ その他( )  
 C) 妊娠歴： 妊娠したことが： ある( ) 回) ない  
 人工妊娠中絶( ) 回) 流産( ) 回)

- D) 出産したことが： ある( ) 回) ない  
 経膈分娩 ( ) 回) 帝王切開 ( ) 回)
- E) 結 婚： 未婚 既婚 事実婚 離別 死別
- F) 現在治療中の病気はありますか？： はい いいえ  
 病名( )  
 服用中の薬( )
- G) 今までに病気、大きな手術、輸血の経験はありますか？： はい いいえ  
 病名( )  
 手術歴 ある ない 手術名( )  
 輸血歴 ある ない
- H) 薬や食べ物でアレルギーをおこしたことはありますか？： はい いいえ  
 薬( ) 食べ物( )
- I) アルコールは飲みますか？： 飲む 飲まない  
 飲む： 毎日 時々( ) 日/週)  
 1日に： 日本酒( ) 合) ビール( ) mL) ウイスキー( ) mL)
- J) たばこは吸いますか？： 吸う 吸わない  
 吸う：( ) 本) / 1日 ( ) 才 ~ ( ) 年間
- K) 食事について教えてください。  
 毎日の食事は 規則的 不規則( )  
 間食はしますか？： はい いいえ  
 はい： 1日( ) 回( 朝 昼 夕 ) 内容( )
- L) 食事や睡眠について何か問題を感じていたらお書き下さい
- M) ご家族についてお尋ねします  
 同居の家族は何人ですか( ) 人  
 夫 父 母 子供( ) 人) 祖母 祖父 その他( )
- N) 血縁のご家族に以下の病気はありますか  
 高血圧 糖尿病 心筋梗塞 脳卒中 心臓病 がん 血管疾患 甲状腺疾患  
 膠原病 早発痴呆 骨粗鬆症 精神病 その他( )  
 だれが  
 父 母 兄弟( 姉 妹 兄 弟 ) 子 その他( )
- O) ご職業は？：( )  
 フルタイム パートタイム アルバイト 専業主婦 学生 その他
- P) 家族や仕事先、地域での人間関係はいかがですか？  
 良好 不良(誰と )
- Q) 趣味・生きがい：日常生活で特に好きなこと、目標にしていることはありますか？

ありがとうございました