

患者ID:	生年月日:	年齢:
方名:		
氏名:	性別:	診療科:

### 外来共通問診票

診療の際、重要な情報になりますので、下記の質問に可能な範囲でお答えください。  
 ( ) 内に記入、もしくは当てはまるものに○をつけてください。

医療者 記入欄
A
T
N

記入日 西暦 ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日 ( ) 曜日

記入者氏名 ( ) 年齢 ( ) 歳

\* 本人以外が記入した場合：名前 ( ) 関係 ( )

1. 現在の身長 ( ) cm、体重 ( ) kg  
 \* 医療者記入 BMI (19未満/19以上21未満/21以上23未満/23以上)

2. 今までにかかった病気やけが、また、手術の有無や方法などを教えてください。  
 ( ) 歳 病名 ( ) 手術 (無・有/方法 )  
 ( ) 歳 病名 ( ) 手術 (無・有/方法 )  
 ( ) 歳 病名 ( ) 手術 (無・有/方法 )  
 ( ) 歳 病名 ( ) 手術 (無・有/方法 )  
 ( ) 歳 病名 ( ) 手術 (無・有/方法 )

かかりつけ医  なし  あり ( )

かかりつけ歯科  なし  あり ( )

3. 現在使われている治療薬 (内服・注射等) を教えてください。

あり 全部で 種類 /  なし

お薬手帳はお持ちですか? (あり・なし)

( 薬剤名 )

4. あなたの親族について教えてください。  
 また、病気・亡くなられている場合は詳細を教えてください。

父	: 病気: なし・あり ( )	死因 ( )	/	( ) 歳
母	: 病気: なし・あり ( )	死因 ( )	/	( ) 歳
兄弟姉妹	: 病気: なし・あり ( )	死因 ( )	/	( ) 歳
兄弟姉妹	: 病気: なし・あり ( )	死因 ( )	/	( ) 歳
兄弟姉妹	: 病気: なし・あり ( )	死因 ( )	/	( ) 歳
他	: 病気: なし・あり ( )	死因 ( )	/	( ) 歳

血縁者に大腸がん、子宮体がん になった人がいますか  はい  いいえ  
 血縁者に乳がん、卵巣がん になった人がいますか  はい  いいえ

\* 現在、同居されている方を教えてください。 ( )

\* 生活の中であなたが一番頼りにしている方はどなたですか。 ( )

5. 何かアレルギーはありますか？（あり ・ なし）

ゴム類・金属類・アルコール類  
 食物（卵・乳製品・小麦・そば・青魚・甲殻類・貝類・果物類  
 その他：）  
 薬剤・注射（薬品名：）

6. 検査の際に配慮する点についてお聞きします。

1) 身体の中に人工物や金属類がありますか？（あり ・ なし）  
 脳クリップ／心臓ペースメーカー／心臓人工弁／人工内耳／人工関節／人工骨頭  
 シヤント／金糸／ステント／プレート／義眼／刺青／眉墨／インプラント  
 その他（）

2) 狭い所や高い所が怖いなどの症状がありますか？（あり ・ なし）  
 （高所恐怖症／閉所恐怖症／暗所恐怖症／先端恐怖症／その他）

7. 生活についてお尋ねします。

1) 主な職業歴を教えてください。現在（）／無職）  
 これまでの職業（）歳まで  
 ＊アスベストを使用する職業に従事、アスベスト作業所の近くに  
 住んでいたことはありますか？  
 （はい・いいえ）

2) たばことアルコールについて  
 たばこは（吸わない／吸っていたがやめた／現在も吸っている）  
 ＊喫煙は1日（）本程度、（）歳～（）歳まで  
 アルコールは（飲まない／時々飲む／習慣的に飲む）  
 ＊（種類）を1日（）ml/合）程度

3) 宗教上、特定の医療行為（輸血など）が受けられないなどがありますか？  
 （あり・なし）  
 （具体的内容：）

8. ここ1か月で歯科受診をされましたか？  
なし あり（歯科医院名：）

口腔内のことで気になることがありますか？  
なし あり  
 痛み 腫れ 出血 口内炎 歯のぐらつき 義歯の調整  
 その他（）

- 9-1) ここまでどうやって来ましたか？  
 ( 自家用車 ・ 公共交通機関 ・ タクシー ・ 徒歩 ・ 自転車 )  
 どなたか付き添って来られましたか？ (一人で・家族と )
- 9-2) 身体に不自由な部分や障がいがありますか？ (あり・なし)
- 手 (            ) 足 (            ) 耳 (            ) 眼 (            )  
 鼻 (            ) 口 (            ) 皮膚 (            ) その他 (            )
- 9-3) 自力で歩けますか？番号に○をつけてください。  
 1：寝たきりまたは車椅子を常に使用  
 2：ベッドや車椅子から離れられるが、歩いての外出は不可  
 3：自由に歩いて外出できる
- 9-4) 過去3ヶ月間で、**体重が減りましたか？**  
 (3kg以上の減少／わからない／1～3kgの減少／体重変化なし／\_\_\_\_kg増量)
- 9-5) 過去3ヶ月間で食欲不振、胃腸などの消化器系の問題、そしゃく(嚙みにくさ)・嚥下困難(飲み込みにくさ)などで**食事が減りましたか？**  
 著しい食事量の減少 / 中程度食事量の減少 / 食事量の減少なし
- 9-6) 最近、**気分が落ち込んで**、今まで楽しめたことがおっくうになっていませんか？  
 ( 頻繁に落ち込む / 時々落ち込む / 問題なし )
- 9-7) 最近、以前と比べてうっかり物忘れなどはありませんか？  
 ( あり / 時々 / なし / わからない )
- 9-8) 同年代の人と比べて自分の**健康状態**をどう思いますか？  
 ( よくない / わからない / 同じ / 良い )
10. 女性の方へのお尋ね
- 1) 現在**妊娠の可能性**はありますか？ ( あり・なし )  
 ある場合、出産予定日をご記入ください。 (      年      月      日 )
- 2) 初経 (      歳 ) 最終月経 (      /      ) 閉経 (      歳 )
- 3) 妊娠歴    なし    あり ( 妊娠    回 出産    回 )
11. 男性の方へのお尋ね  
 生殖機能の障害はありますか    なし    あり

ご協力ありがとうございました。後ほど看護師がお話をお伺いします。  
 何か心配なことや気になっていることがあればお気軽にお聞きください。

患者ID:	生年月日:	年齢:
カナ:		
氏名:	性別:	診療科:

## 婦人科問診票

診療の際、重要な情報になりますので、下記の質問にできるだけ詳しくお答え下さい。

- ご結婚について 未婚・既婚：（ ）歳で結婚
- 本日受診された目的は何ですか？（どの様な症状がいつ頃からありますか？）  
具体的にご記入ください。  
 (例1：〇月頃から出血・おりものがあり、〇月〇日前医を受診し、検査で異常を指摘された。  
 例2：無症状だが〇月〇日の婦人科検診で異常があった。  
 例3：〇歳頃から力を入れると尿が漏れる。  
 例4：〇月〇日からの月経（生理）が長引いている、いつもより量が多い。)

- 子宮癌検診（子宮頸癌検診）を受けられたことがありますか？（ある・ない）  
ある場合は：（ ）歳頃受けた。（ ）歳から（ ）歳まで 受けた。  
最後の検診はいつでしたか？ 年 月頃
- 月経（生理）について  
生理の始まったお年（ ）歳  
最後の生理はいつでしたか？ 月 日から 月 日  
ピルの使用（あり・なし）  
生理の終わった方は 閉経（ ）歳  
生理の終わった方は生理のあった当時の事をわかる範囲でお答えください  
生理は順調ですか（はい・いいえ） 予定生理開始日の1週以内のずれは順調としてください  
何日くらい続きますか？（ ）日  
何日周期ですか？（ ）日型  
生理の量はどうですか？（多い・普通・少ない）昼用パッドを2時間以内に替える場合は多いとします  
生理痛はありますか？（はい・いいえ）  
はいと答えた方は：どんな様子ですか？  
（腹痛・腰痛・頭痛・下痢・めまい・日常生活に差し障りがある・薬を使っている）  
その他の症状（ ）

- これまでの妊娠とお産について  
これまで妊娠と分娩は何回されましたか（自然流産・中絶・子宮外妊娠等も含む）  
妊娠（ ）回 分娩（ ）回  
最初の妊娠時の年齢（ ）歳 最後の妊娠時の年齢（ ）歳  
妊娠分娩で何か異常がありましたか？  
（早産・妊娠中毒症（高血圧）・妊娠中の糖尿病・吸引分娩・鉗子分娩・帝王切開術・胎内死亡・新生児死亡・胞状奇胎）  
その他の異常があれば下にご記入ください

ご記入ありがとうございました