

# 亀田京橋クリニック 共通問診票

記入日：20 年 月 日

【栄養】

## 1. あなたの最近の栄養状態について、お伺いします。

- ① 最近(もしくは、前回の受診以降)、あまり食欲がない。 はい / いいえ  
 ② 最近(もしくは、前回の受診以降)、体重が減った。 はい / いいえ

【運動機能】

## 2. あなたの運動機能の状態について、お伺いします。

設 問	はい(O)/いいえ(X)	点数配分
よく物忘れをして、日常生活に困っている。		2 点
車椅子や杖、歩行器などを使用している。		5 点
過去、1年以内に転んだことがある。		3 点
睡眠剤(マイスリー、レンドルミンなど)や安定剤(リスパダール、セレネースなど)を服用している。		1 点
尿回数が多い。(日中8回以上、夜間2回以上)		1 点
視力低下や障害があり、日常生活が不自由である。		1 点
合計点(5点以上は転倒高リスク)		点

【疼痛】

## 3. あなたの現在のからだの痛みについて、お伺いします。

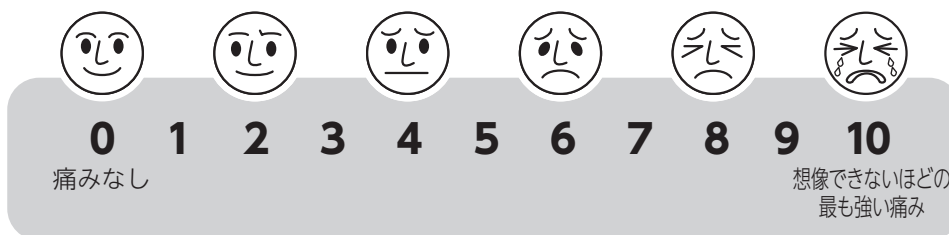
- ① いま、からだに痛みがある。 はい / いいえ

→上記3.①の質問で「はい」とお答えした方にお伺いします。

② どこが痛みますか。具体的にお答えください。

③ いつから痛みを感じていますか。

④ いまの痛みの大きさに該当する数字を、○で囲んでください。



【感染症】

## 4. 下記の症状について、お伺いします。

- ① 長く続く咳が出ている。 はい / いいえ  
 ② 皮膚にぶつぶつ(発疹・じんましん・水ぶくれ)が出ている。 はい / いいえ

# 婦人科問診票

これは私どもが皆さまの診療をより良いものにするために大変参考になります。診療時には主治医が再度詳しくお話を伺いますが、待ち時間などをご利用になって、ご自分で大切と思われるところに、おわかりになる範囲でご記入くださればありがたく存じます。

お名前 \_\_\_\_\_ 年齢(満) \_\_\_\_\_ 歳 身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg

1) 今日はどうのことでおいでになりましたか。(あてはまる項目に○をつけて下さい)

- |                               |                       |                              |
|-------------------------------|-----------------------|------------------------------|
| 1. おなかが痛い                     | 7. 子宮がん検診             | 12. おりものが多い                  |
| 2. 子宮筋腫といわれた                  | 8. 妊娠しているかどうか         | 13. 子供ができない                  |
| 3. 避妊の相談                      | *妊娠の場合(分娩希望・<br>中絶希望) | 14. 手術後の定期検診                 |
| 4. 出血があった                     | 9. 腰が痛い               | 15. 子宮が下がっている<br>(膣から何か出ている) |
| 5. 陰部が(かゆい・痛い)                | 10. 卵巣がはれているといわれた     | 16. その他                      |
| 6. 更年期障害(不眠・肩こり・<br>のぼせ・いらいら) | 11. 月経不順              | ( )                          |

2) いつ頃からお気づきになりましたか。( 日前, 月前, 年前)

3) 上記の症状について他の病院で診てもらったことがありますか。 ある・ない

- 「ある」の場合、その病院でどのような説明を受けましたか。

.....  
.....  
..... ( 病院 科)

4) 子宮がん検診を受けたことがありますか。 ある・ない

- 「ある」の場合、最後に受けたのはいつですか。 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃

5) 月経について

- (1) 初めての月経は \_\_\_\_\_ 歳
- (2) 月経周期 — 月経が始まった日から次の月経が始まるまで  
順調・ほぼ順調 ( \_\_\_\_\_ 日間)  
不順 (短い時 \_\_\_\_\_ 日間, 長い時 \_\_\_\_\_ 日間)
- (3) 月経期間 — 月経が始まった日から終わるまで ( \_\_\_\_\_ 日間)
- (4) 月経の量は 多い・普通・少ない
- (5) 月経に伴って以下の症状がありますか 頭痛・下腹部痛・腰痛・その他 ( \_\_\_\_\_ )
- (6) 最近の月経は \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日より \_\_\_\_\_ 日間
- (7) その前の月経は \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日より \_\_\_\_\_ 日間
- (8) 閉経の年齢は \_\_\_\_\_ 歳

6) 結婚・妊娠について

- (1) 結婚していますか                      はい (当時                      歳) ・ いいえ (離婚 当時                      歳)
- (2) セックスの経験はありますか    はい ・ いいえ
- (3) 妊娠されたことがありますか。    はい ・ いいえ    妊娠(                      )回    分娩(                      )回
- (4) 分娩時の情報を教えてください。
- ①                      歳 (中絶・流産・分娩)                      ヶ月 (男・女                      g)
- ②                      歳 (中絶・流産・分娩)                      ヶ月 (男・女                      g)
- ③                      歳 (中絶・流産・分娩)                      ヶ月 (男・女                      g)

7) これまでに婦人科の病気を指摘されたこと、もしくは治療をしたことがありますか。

ある ・ ない

- 「ある」の場合、どんな病気ですか。

.....  
.....  
..... (                      病院                      科)

8) 婦人科の病気以外に通院・入院の必要な病気をしたことや、手術を受けたことがありますか。

ある    ない

- 「ある」の場合、いつ頃どんな病気や手術でしたか。

(例：13歳 虫垂炎)

.....  
.....  
.....

9) 現在、何か薬を飲んでいらっしゃいますか。                      いる ・ いない

- 「いる」の場合、薬の名前がわかりますか。

.....  
.....  
.....

10) これまでに薬などでアレルギー等の副作用を経験したことがありますか。                      ある ・ ない

- 「ある」の場合、どのような症状でしたか。

.....  
.....  
.....

11) ご家族やご親戚で、次のような病気にかかったことのある方がいらっしゃいますか。

それはどなたですか。

心臓病(                      )    糖尿病(                      )    高血圧(                      )    脳卒中(                      )  
結核(                      )    喘息・アレルギー(                      )    がん(                      )    その他(                      )

12) お酒を飲みますか。                      はい ・ いいえ ・ やめた (                      年前)

- 「はい」の場合……\* (                      ) 前から飲んでいる

\*最近では、平均して一日 (ビール・日本酒・ウイスキー) を  
(                      ) 本・合・杯ほど飲んでいる。

13) 煙草は吸いますか。                      はい ・ いいえ ・ やめた (                      年前)

- 「はい」の場合……\* (                      ) 前から吸っている

\*最近では、平均して一日 (                      ) 本吸っている。