

# 骨盤臓器脱 問診票

記入日： 年 月 日

氏名：( ) ( ) 才 身長：( ) cm 体重：( ) kg

1 本日受診されたきっかけについてうかがいます。

- 自分で調べた (インターネット その他 )
- 家族、知人が調べてくれた (インターネット その他 )
- 家族、知人の勧めがあった

2 どのような症状で受診されたかうかがいます。

- 困っていることはなんですか？ (複数可能)
- 下垂感 (何か下がっている感じ)  脱出  痛み  不快感  出血
- 排尿の問題 (尿がちかい もれる 残尿感 尿が出にくい)
- 排便の問題 (便が出にくい もれる 湿った感じ 残便感 押さないと出ない 下痢)
- 気になり始めたのはいつ頃からですか？ ( )
- 何か指で触れますか？  はい  いいえ

3 その症状に対して、他の医療機関で診察や治療を受けたことがありますか？  ない

ある 方は、どのような治療を受けましたか？

- 手術 内容：( ) 時期：( )
- ペッサリー (リング) 治療  その他 ( )

4 治療によって、性生活に影響がでる可能性があります。

- 影響がでると困る  困らない
- 困るかわからないが、どのような影響がでるか聞きたい

5 出産についてたずねます

- 分娩回数は何回ですか？ ( ) 回
- 分娩は正常でしたか？  
(正常 吸引 鉗子 帝王切開 その他の難産)
- 3500g 以上の出産はありましたか？  
 はい ( ) g  いいえ  覚えていない

6 現在治療中の病気について教えてください

高血圧 糖尿病 心臓病 がん 脂質異常症 (コレステロール) 脳梗塞 精神疾患  
その他 ( )

7 1年以内に子宮がん検診を受けましたか？  受けた  受けていない

裏面あります

- 8 現在内服している薬があればお書きいただくか、お薬手帳をご用意ください  
□ ある ( )  
お薬手帳 □ ある □ ない
- 9 今までに手術を受けたことがありますか？ □ ある □ ない  
・病名 ( )  
・手術名 ( )
- 10 アレルギーはありますか？ □ない □ある  
ある方は、薬 ( )  
食べ物 ( )  
その他 (アルコール消毒綿 歯医者での麻酔など・・・) ( )
- 11 現在仕事はしていますか？ □ している □ していない  
仕事の内容 ( )
- 12 過去3か月間に 食事量が減少しましたか？  
□高度の食事量減少 □中等度の食事量減少 □食事量の減少なし
- 13 過去3か月で 体重の減少はありましたか？  
□3kg以上の減少 □1-3kgの減少 □体重減少なし □わからない
- 14 日常の活動についてお答えください  
□1日中寝たきり □トイレや食事以外は寝ていることが多い  
□家の中では身の回りの事ができるが、外出には付き添いが必要 □自由に外出できる
- 15 認知力・精神的問題の有無について  
□高度の認知症またはうつ状態 □年齢相応の物忘れがある □問題なし
- 16 同年代の人と比べて、ご自身の健康状態をどう考えられますか？  
□他の人より悪いと思う □同じくらいと思う □他の人より良いと思う □わからない

**㊗** ご回答ありがとうございました。診察までの間もうしばらくお待ちください。

\*当院では個人情報の取扱いについては細心の注意を払っています