

## 骨盤臓器脱外来 問診票

フリガナ		男	生年 月日	西暦	年	月	日	歳	既婚 ・ 未婚
氏名		女							
職業		身長cm		体重kg		分院歴			
【女性の方のみお答えください】								<input type="checkbox"/> 東葛辻仲病院 <input type="checkbox"/> アルト新橋クリニック <input type="checkbox"/> 辻仲柏クリニック <input type="checkbox"/> つくばクリニック	
Q. 現在妊娠していますか		いいえ・はい(現在妊娠		ヵ月)		・不明			
Q. 現在授乳中ですか		いいえ・はい							
Q. 出産回数 ( ) 回									

本日はどのような症状で来院されましたか 該当するものを○で囲んでください

## 1. どのような症状で受診されましたか

Q. 困っていることはなんですか？

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)

Q. 気になり始めたのはいつ頃からですか？ ( )

Q. 何か指で触れますか？ いいえ・はい

## 2. 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？

なし どのような治療を受けましたか？

あり ・手術 内容:( ) 時期:( )

・ペッサリー(リング)治療 ・その他 ( )

## 3. 妊娠歴と現在の状況についておたずねします。

・分娩回数は何回ですか？ 妊娠 ( ) 回 出産 ( ) 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 )

・閉経 ( ) 歳 月経のある方は最終月経 ( ) 月 ( ) 日

・現在性生活がありますか？ なし ・あり

・1年以内に子宮がん検診を受けましたか？ 受けていない ・受けた

## 4. 既往歴 [ なし ・ あり ]

Q. 今までにかかったことのある病気・現在治療中の病気に○をしてください

①高血圧 ②糖尿病 ③心臓病 ( 不整脈・心筋梗塞・狭心症・心不全 ) ④前立腺肥大 ⑤脳梗塞・脳出血

⑥緑内障 ⑦肝臓病 ( \_\_\_型肝炎 ) ⑧腎臓病 ⑨喘息 ⑩精神疾患 ⑪がん ( 癌 )

⑫その他 [ ]

Q. 今までに手術を受けたことがありますか [ なし ・ あり ]

病名: / 手術を受けた時期 ( )

病名: / 手術を受けた時期 ( )

## 5. 現在の内服薬について

Q. 現在服用中のお薬はありますか [ なし ・ あり ]

Q. 血液がさらさらになるお薬を服用していますか

いいえ・はい

\* 以下に現在服用しているお薬名をご記入ください

## 6. アレルギーについて

Q. アレルギーはありますか [ なし ・ あり ]

お薬 ( )

食べ物 ( )

局所麻酔薬 ( )

消毒薬 ( )

その他 ( )

## 7. 嗜好品について

タバコ : 吸わない ・ 吸う(1日 本)

飲酒 : 飲まない ・ 飲む(1日量: )

Q. お薬手帳の持参はありますか [ なし ・ あり ]

## 8. 3ヶ月以内の海外渡航歴はありますか？

いいえ・はい 場所 ( )

いつ ( )