

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. 1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 ()

9. 新型コロナウイルス感染症にか

かった事がありますか？

いいえ・はい いつ ()