

# 女性外来予診票

ふりがな

初診記入日 年 月 日

お名前 様 歳

看護師記入欄

身長 cm

体重 Kg

血圧 / mmHg

脈拍 /分

体温 °C

## 1、受診の目的について

A) ご相談内容について、いつ頃からどのように具合が悪いのかを、できるだけ具体的にお書きください。

B) 上記以外に特に医師にききたいこと、心配なことがあれば、お書きください。

C) 今回のご相談について、これまでに診察や検査を受けられたことがあればお書きください。

病院 科 受けた診断や治療内容

病院 科 受けた診断や治療内容

病院 科 受けた診断や治療内容

病院 科 受けた診断や治療内容

D) 下記の質問にお答えください。(あてはまる方に○をつけてください)

食欲はありますか? はい いいえ

夜はよく眠れますか? はい いいえ

最近大きな体重の変動はありますか? はい いいえ 1年間で \_\_\_\_\_ Kg 増 or 減

尿漏れ・尿失禁はありますか? はい いいえ

2、これまでの病気・受診歴・健診歴について

A) 現在おかけの病院や診療所はありますか？（はい・いいえ）

- ・ 「はい」の方は治療中の病名をすべてお書きください。

- ・ 現在服用されているお薬をすべてお書きください。

B) いままでにかかれた大きな病気（事故による外傷も含め、手術や入院を要したもの）があればすべてお書きください。

\_\_\_\_ 歳

---

---

\_\_\_\_ 歳

---

---

\_\_\_\_ 歳

---

---

C) 健康診断もしくは人間ドッグを受けられていますか？（はい・いいえ）

- ・ 「はい」の方、最後に受けられたのはいつですか？

\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月頃

- ・ 何かご指摘はありましたか？
- 
- 

D) 乳がん・子宮ガン健診は受けられたことがありますか？

最後に受けられたご年齢をお書きください。

乳がん      歳

子宮頸がん      歳

子宮体癌      歳

E) 骨粗鬆症の検査は受けられたことがありますか？

\_\_\_\_ 歳



