

骨盤臓器脱 問診票

フリガナ		男	生年月日	西暦	年	月	日	歳
氏名		女						
職業		身長cm		体重kg				分院歴
現在妊娠していますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(現在妊娠 月)								<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
現在授乳中ですか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい								

1. どのような症状で来院されましたか？

下垂感(何か下がっている感じ) 脱出 痛み 不快感 出血 何か指で触れる

・排尿の症状がありますか？ [なし ・ あり]

尿がちかい もれる 残尿感 尿が出にくい その他()

・排便の症状がありますか？ [なし ・ あり]

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 その他()

・上記の症状が始まったのは、いつからですか？

[]

・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 ・ あり]

手術 内容:() 時期(年 月 日)

ペッサリー(リング)治療 最終交換(年 月 日)

2. 今までの妊娠歴と月経、性生活についてお尋ねします

妊娠経験 [なし ・ あり] 妊娠()回 分娩()回

正常分娩 吸引分娩 鉗子分娩 帝王切開 その他の難産

一番最近の月経 [年 月 日 ~ 日間] 閉経年齢[] 歳

現在の性生活 [なし ・ あり]

3. 現在治療中、今までかかった病気はありますか？ [なし ・ あり]

高血圧 糖尿病 高脂血症 心臓病(不整脈・心筋梗塞・狭心症・心不全) 前立腺肥大

脳梗塞・脳出血 緑内障 肝臓病(型肝炎) 腎臓病 喘息 精神疾患

がん(癌) その他[]

・通院中の医療機関名 []

・今までに手術を受けたことがありますか？ [なし ・ あり]

手術名: / 時期 [] 治療医院 []

手術名: / 時期 [] 治療医院 []

4. この1年間で特定健診・高齢健診を受けましたか？ [なし ・ あり]

受診時期[] 指摘事項[]

最近受けた子宮がん検診: [年 月頃 実施]

5. 現在服用中のお薬はありますか？ [なし ・ あり]

血液がさらさらになるお薬を服用 [なし ・ あり] ↓現在服用している薬をお書きください

お薬手帳の持参 [なし ・ あり]

6. 薬や食べ物でアレルギーはありますか？ [なし ・ あり]

お薬 [] 金属 ゴム アルコール消毒

食べ物 [] その他 []

7. 嗜好品についてお答えください

タバコ : 吸わない 過去に吸っていた[1日 本 歳まで] 吸う(1日 本)

飲酒 : 飲まない 機会飲酒 飲む(1日量:)

8. 1ヶ月以内の海外渡航歴はありますか？ [なし ・ あり]

いつ[] 場所[]

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？ [なし ・ あり]

いつ[]