

婦人科 再診問診票

**さいたま市がん検診のハガキをお持ちで、
検診希望の方は窓口にお申し出ください。**

受診日 西暦 20 年 月 日

氏 名

1. 今日はどうなさいましたか？

- ☐ 前回の続き（医師から _____ヶ月後、_____をするために来院するように言われた）
- ☐ 薬の継続処方 ☐ 結果を聞きにきた
- ☐ 前回と違う内容でご来院の方は、症状について具体的にご記入ください。

2. 最終生理についてお聞きします

- ☐ 閉経した (歳) ☐ 薬で止めている ☐ 子宮を摘出した ☐ ミレーナ挿入中
☐ 最終生理 月 日 ~ 月 日

3. 前回の受診から変更があった方は記入してください ※変更がなければ記入しなくて結構です※

- ☐ 性交渉あり
- ☐ 出産した

出産年月日	週数	出生児体重	分娩方法	分娩施設
年 月 日	週	g	正常・帝王切開・吸引・鉗子	

- ☐ 病気（糖尿病・高血圧・その他（ ）） ☐ 精神科・心療内科の病気（ 歳： ）
☐ 手術（ 歳： ）の手術 ☐ 薬の処方（ ）
☐ アレルギー なし・あり （薬・食べ物・花粉症・アトピー・アルコール・ラテックス・ダニ）
（アレルギー：薬品名 ）食物名（ ）
☐ ぜんそく なし・あり （最終発作： 歳）
☐ 血のつながった人（父母、兄弟姉妹、祖父母）に病気にかかった人はいますか？
・がん（ ） ・高血圧（ ） ・糖尿病（ ）
☐ アルコール 飲まない・飲む（週・月 回） ☐ タバコ 吸わない・吸う（1日 本）
☐ 住所・電話番号の変更〔〒

4. 下記のお薬を内服・使用している方はお薬に○をつけ、**血圧**を測定し、結果の用紙を受付までお持ち下さい。

- ・ホルモン補充療法（メノエイド / ル・エストロジェル / エフメノ / エストラジオール / エストラナテブ）
- ・レルミナ / リュープリン

5. **ピルを内服している方は、お薬に○をつけ、血圧と体重を測定し、結果の用紙を受付までお持ち下さい。**

(ドロエチ / ヤーズフレックス / フリウエル / アンジュ / マーベロン / ラベルフィーユ / ジェミーナ)

※**ピルを内服・使用している方のみ、下記の質問にご記入ください**※

*** 前回の受診後、次の事はありましたか？**

①片方のふくらはぎの痛みとむくみ はい・いいえ ②激しい頭痛 はい・いいえ ③喫煙 1日 本

* 今後 4 週間以内に手術の予定はありますか？ はい・いいえ

*シート数は何枚希望しますか？ (枚)

※最初の3ヶ月は副作用の出現率が高いため1シートごとの処方、その後は最大3シートごとになります。

スタッフ記入欄

最高血压：	最低血压：	脈拍数：	体重：	k g
-------	-------	------	-----	-----