

問診票

年 月 日

お分かりになる範囲でお答えください (紹介状 有 ・ 無)

お名前 _____ 年齢 _____ 歳 身長 _____ cm 体重 _____ kg

〒 _____

住 所 _____

電話番号 自宅 () 携帯 ()

1) 今日はどのようなことでおいでになりましたか。(あてはまる項目に○をつけてください)

また症状はいつ頃からですか? (_____ 頃から)

1. 妊娠しているかどうか (分娩希望) → (当院出産希望・他院出産希望)
2. がん検診 3. 出血 4. 陰部 (かゆみ / 痛み) 5. 更年期障害
6. 月経不順 7. おりもの 8. 生理痛 9. 里帰り出産 10. 不妊の相談
11. その他 (_____)

2) 月経について

1. 初めての月経 (初経): (_____ 歳) 閉経の年齢は: (_____ 歳)
2. 最後の生理: (_____ 年 _____ 月 _____ 日から _____ 日間) 妊娠検査薬 _____ 月 _____ 日
3. 月経周期 (月経が始まった日から次の月経が始まるまで) _____ (+ _____ -)
順調 / ほぼ順調 (_____ 日間) / 不順 (_____ 日間)
4. 月経期間 (月経が始まった日から終わるまで): (_____ 日間)
5. 月経の量は (多い / 普通 / 少ない)
6. 月経時の症状 (頭痛 / 下腹痛腰痛 / その他 (_____))

3) 結婚・妊娠・出産について

1. 結婚していますか (はい / いいえ (結婚予定))
2. セックスの経験はありますか (はい / いいえ)
3. 妊娠されたことはありますか (はい / いいえ)
4. 授乳中ですか (はい / いいえ)

※「はい」の方は出産された年齢等をご記入ください

- ① _____ 歳 (流産・中絶・分娩) _____ ヶ月 (男・女) _____ g (自然・帝切)
- ② _____ 歳 (流産・中絶・分娩) _____ ヶ月 (男・女) _____ g (自然・帝切)
- ③ _____ 歳 (流産・中絶・分娩) _____ ヶ月 (男・女) _____ g (自然・帝切)

4) 今までに大きな病気にかかったり、手術を受けたりしたことがありますか?

なし・あり (糖尿病 / 高血圧 / ぜんそく / 心臓病 / 甲状腺)

手術 (部位 _____) その他 (_____)

現在飲んでいる薬 (_____)

薬や食品やその他のアレルギーはありますか? (はい / いいえ) ※はいの方: (_____)

裏面へのご記入もよろしくお願い致します。

- 5) 血縁関係で次のような病気にかかったことがある方がいらっしゃいますか？
糖尿病（ ） 高血圧（ ） 心臓病（ ） 結核（ ）
甲状腺（ ） 癌（ ） その他（ ）
- 6) お酒を飲みますか？ （ はい / いいえ ）
- 7) タバコは吸いますか？ （ はい / いいえ ） ※はいの方：1日（ ）本

～マイナ保険証を持参した（する）患者様～

- *マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？ （ はい / いいえ ）
- *この1年間で特定健診または高齢者健診を受診しましたか？ （ はい / いいえ ）
はいの方 → （ いつ： 年 月頃 / 指摘事項 ）

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願い致します。

◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算（初診時）加算1：4点 加算2：2点（マイナ保険証を利用した場合）

ありがとうございました。