

ID

問診票

[]

マイナ保険証 有 無

ふりがな

(生年月日)

昭平令 年 月 日 歳

日中つながりやすい連絡先

TEL①

TEL②

身長	cm	体重	kg
体温	°C	脈拍	回
血圧	/	mmHg	

お名前

様

住所 〒 -

1) 今日はどうされましたか?

- 子宮癌検診
- 乳房エコー 症状があればお知らせください
()
- 妊娠の診断 妊娠の場合出産を希望: する しない
他院で診断を受けた日 月 日 病院名:
自分で検査した日 月 日 陽性 陰性
- 月経不順
- 月経前症候群 (PMS)
- 月経痛
- 不正出血
- 貧血 いつからですか? ()
- 外陰部のかゆみ・はれ・痛み
それはいつからですか?
()
- おりものが気になる 量・におい・色
- 尿について気になる
- 子供が欲しい
- 生理をずらしたい 避けたい日 (/ ~ /)
- ピルの相談 (緊急避妊・その他)
- 更年期症状 (めまい・イライラ・体があつい)
- プラセンタ注射について話を聞きたい
- セカンドオピニオン
子宮筋腫 卵巣のう腫 妊娠関係 その他 ()
- ブライダルチェック
- 性病検査希望
- その他 ()

2) 月経についてお尋ねします

初潮 歳 閉経 歳
 最終月経 月 日から 日間
 月経周期: 規則的 日型 / 不規則

3) ご結婚されていますか?

未婚 既婚 離婚 (年 月)

4) 性交渉の経験はありますか? はい いいえ

* 妊娠を経験されていない方のみお答えください

5) タバコは吸いますか? はい いいえ

() 本/日 x () 年

6) 今までに病気をしたことがありますか?

(現在治療しているものも含む)

高血圧 高脂血症 糖尿病 喘息 乳腺関係
 卵巣のう腫 卵巣癌 子宮筋腫 子宮癌 胎状奇胎
 その他 () 病歴なし

7) 今までに手術をしたことがありますか?

はい () いいえ

8) 現在内服している薬はありますか?

はい () いいえ

9) アレルギーはありますか?

食品 ()
 薬 () いいえ

10) 現在子宮内に入っているものがありますか?

リング ベッサリー その他 () なし

11) 当院をどちらでお知りになりましたか?

知人の紹介・近所なので・ホームページ・クレール・その他

12) 先生にお伝えしたいことはありますか?

⇒

裏面へ

分娩歴						流産			中絶		
年	月	週	g	生産・死産	男・女	年	月	週	年	月	週
年	月	週	g	生産・死産	男・女	年	月	週	年	月	週
年	月	週	g	生産・死産	男・女	年	月	週	年	月	週
年	月	週	g	生産・死産	男・女	年	月	週	年	月	週
年	月	週	g	生産・死産	男・女	年	月	週	年	月	週

～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 / 指導事項： ）

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いたします

- ◆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）
（再診時）加算3：2点(月1回のみ) 0点(マイナ保険証を利用した場合)