

問 診 表

フリガナ

お名前 _____

(大正 昭和 平成 令和)

郵便番号 〒 _____

生年月日 年 月 日 歳

ご住所 _____

電話番号 _____

ご職業 _____

携帯番号 _____

1、本日受診される理由は何ですか？

- ①子宮癌検診 ②骨密度検査 ③月経以外の出血 ④月経不順 ⑤月経痛
⑥おりものが気になる ⑦陰部にしこりがある ⑧陰部が痛い ⑨陰部がかゆい
⑩お腹が痛い ⑪排尿異常（尿が近い、排尿時痛む）
⑫更年期症状、それはどのような症状ですか？
()
⑬セカンドオピニオン ⑭妊娠かどうか（出産希望、中絶）
⑮その他 ()

2、現在他の病院にて診察、治療を受けているものはありますか？

- ①はい どこで () 病名 ()
どこで () 病名 ()
②いいえ

3、今までに病気やけがをしたことがありますか？

- ①はい (年 または 歳のときに、病名：)
(年 または 歳のときに、病名：)
②いいえ

4、アレルギーはありますか？

- ①はい (薬、食べ物、その他) ② いいえ

5、婦人科歴

(1) 月経のある方にお聞きします。

- ①初経 (才) ②周期は規則的 (日ごと)、不規則 (約 日～ 日ごと)
③量は (多い、少ない、普通)
④月経は何日続きますか？ (日間) ⑤かたまりは出ますか？ (出る、出ない)
⑥月経痛について (腰痛、腹痛、その他、なし) ⑦鎮痛剤を使用しますか？ (はい ・ いいえ)
⑧最近の月経はいつですか？ (年 月 日 ～ 月 日)

(2) 閉経してる方にお聞きします。 閉経したのは (歳のころ)

(3) 結婚はしていますか？ ①はい ②いいえ (死別している、離婚歴がある)

(4) 今までにセックスの経験はありますか？ ①はい ②いいえ

(5) 妊娠、出産についてお聞きします。

- ①出産の経験はありますか？ (はい、いいえ)
②流産、中絶の経験はありますか？ (無し、流産有り、中絶有り)

6、喫煙について

- ①吸っている ②吸っていない ③今は吸っていないが過去に吸っていたことがある

7、マイナンバーカードを健康保険証として利用する方にお聞きします。

- ①マイナ保険証による診療情報取得に同意いただけますか？ (はい ・ いいえ)

ご協力ありがとうございました。

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おります。
正確な情報を取得・活用するために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
(マイナ保険証を利用した場合) 加算2 2点