問診票

ID：　　□

令和　　年　　月　　日　記入

フリガナ 氏　　名	生年月日：平成　　年　　月　　日　（　　歳）
住　　所	〒 携帯電話：　　自宅電話：

1.　診療情報についておたずねします。

● 他院からの紹介状はお持ちですか？　　はい　・　いいえ

● マイナ保険証で受診の方におたずねします。
診療情報（服薬歴）を当院が取得することに同意されましたか？
□　同意した　　□　同意していない

2.　ご相談内容についておたずねします。

● 症状のある方は、いつ頃からどのような症状かを具体的にお書きください。

（　　）

3.　生理についておたずねします。

● 初めて生理が来たのはいつですか？　＿＿＿＿歳

● 生理は毎月おおよそ（　同じ　・　異なる　）周期で、＿＿＿＿日周期です。

● 一番最近の生理は＿＿＿月＿＿＿日　から＿＿＿＿日間

● 生理の前や生理の時に気になる症状があればお書きください。

（　　）

4.　以下の質問にお答えください。

● 身長：　＿＿＿＿cm　　●体重：＿＿＿＿kg

● 運動習慣はありますか？　　はい（　　）　・　いいえ

● 結婚はしていますか？　　未婚　・　既婚　・　離婚

● 性交経験はありますか？　　はい　・　いいえ

● この１ヶ月以内に性行為はありましたか？　　はい　・　いいえ

● 妊娠の経験はありますか？　　はい　・　いいえ
「はい」の方は以下にお答えください。
妊娠：＿＿回　出産：＿＿回
お子様のご年齢（　　歳/男・女　　歳/男·女　　歳/男・女）
自然流産：＿＿＿回　　人工妊娠中絶：＿＿＿回　　子宮外妊娠＿＿＿回

裏面におすすみください

● 子宮がん検診を受けたことがありますか？　　はい　・　いいえ
最後に検診を受けたのは、子宮頸がん_____年、子宮体がん_____年です。

● ＨＰＶワクチン接種を受けたことがありますか？　　はい　・　いいえ
「はい」の方は以下の記入をお願いします。

●接種したＨＰＶワクチンの種類：　２価　・　４価　・　９価　・　わからない
●接種した回数：　_____回　　わからない

5.　食べ物やお薬のアレルギーはありますか？　　はい　・　いいえ
「はい」の方は何のアレルギーですか？

（　　）

6.　既往歴についておたずねします。

● これまで、入院や手術をした経験はありますか？　　はい　・　いいえ
「はい」の方は病気の名前、入院や手術の時期など具体的に教えてください。

（　　）

● 現在、他の医療機関に通院されていますか？　　はい　・　いいえ
● またお薬は処方されていますか？　　はい　・　いいえ
● 「はい」の方は医療機関名、受診日（いつ頃）、治療内容、お薬の名前をお書きください。

（　　）

● 他の医療機関で処方されたお薬以外で飲んでいるお薬はありますか？　はい　・　いいえ
●「はい」の方はお薬の名前をお書きください。

（　　）

● お母様、ご姉妹に乳がん既往のある方はいらっしゃいますか？　　はい　・　いいえ

7.　診察室への入室についてご希望がある方は○で囲んでください。
本人だけで入りたい　　保護者様と一緒に入りたい

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務めています。
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ねがいいたします。

医療情報取得加算（初診時）
加算１：３点　、加算２：１点（マイナ保険証を利用した場合）

ご記入ありがとうございました。診察まで少しお待ちください。