

問診票

ID:

令和 年 月 日記入

フリガナ 氏 名	生年月日：大 昭 平 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。

- 本日も持参されたもの全てにチェックを入れてください。
 紹介状 健康保険証 マイナンバーカードの保険証
- マイナ保険証で受診の方にお尋ねします。
下記の中から当院が取得することに「同意する」を選んだ項目をお選びください。
 特定健診情報 薬剤情報 どちらも同意していない
- この一年間で特定健診、及び高齢者健診を受けられましたか？
 受けていない 受けた（時期 年 月頃）

2. 本日の受診理由についておたずねします。

- 本日はどうされましたか。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. 結婚歴や妊娠歴についておたずねします。

- 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

- 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。

4. 月経についておたずねします。

- 初経 ___歳 閉経 ___歳
- 一番最近の月経は ___月 ___日 から ___日間、 ___日周期。 順調 ・ 不順
- 月経時にづらい症状や心配事があればお書きください。

()

裏面におすすみください

5. アレルギー、嗜好についておたずねします。

- 薬、食品、金属、ゴム製品、アルコール消毒など、アレルギーはありますか？
□ ない □ ある（具体的に： _____）
- タバコは吸いますか？ _____ 吸う（1日 _____ 本） ・ _____ 吸わない

6. 既往歴についておたずねします。

- 今までかかったことがあるものに○をつけてください。
高血圧 _____ 気管支喘息 _____ 糖尿病 _____ 甲状腺疾患 _____ がん（病名： _____）
子宮筋腫 _____ 卵巣のう腫 _____ 精神疾患・心療内科（病名： _____）
その他（ _____ ） _____ 該当なし

- 上記について、診断された時期、手術、治療の有無を具体的にお書きください。
[_____]

- 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。

- [_____]

- 今までに入院や手術するような大きな病気にかかったことがありますか？ はい ・ いいえ
- 「はい」の方は病名、時期（いつ頃）、医療機関名、治療内容をお書きください。

- [_____]

- ご家族（両親、祖父母、兄弟）の中に以下の病気の方はいますか？
高血圧（続柄： _____） 糖尿病（続柄： _____） 子宮筋腫（続柄： _____）
がん（続柄： _____、病名： _____） 該当なし

- 感染症はありますか？ はい ・ いいえ
[_____]

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。
◆医療情報取得加算（初診時）1点 （再診時）1点（3ヶ月に1回）