

<問診票>

年 月 日

ふりがな

氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 (西暦) \_\_\_\_\_ 年 月 日 ( \_\_\_\_\_ 歳)

職業 ( \_\_\_\_\_ ) 未婚・既婚・入籍予定

住所 〒 \_\_\_\_\_ ※前回受診時と変更が無ければ「変更なし」とご記入ください

電話番号 自宅 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ 携帯 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

※里帰りの方 里帰り先住所 \_\_\_\_\_

連絡先氏名 \_\_\_\_\_ 様方 TEL ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

本日より予約されていますか? いいえ・はい

他の医療機関からの紹介状はお持ちですか? いいえ・はい

本日の受診理由として当てはまるものに○をつけるかご記入ください

- ・妊娠かどうか ※市販のテストを行いましたか? いいえ・はい ( \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 陽性・陰性)
- ・がん検診 (子宮頸部・子宮体部・乳がん) ※本日のがん検診は会社の検診ですか? はい・いいえ
- ・不正出血 ( \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日～ \_\_\_\_\_ 日間) ・生理不順 ・生理痛 ・腹痛 ・腰痛 ・膀胱炎症状
- ・外陰部の痒み ・外陰部の痛み ・外陰部のできもの ・おりものが気になる ・性病検査希望
- ・ブライダルチェック ・更年期障害 ・乳腺炎 ・乳房のしこり ・不妊相談
- ・避妊相談 (低用量ピル・アフターピル・リング・その他) ※ピル希望の方は自費初診料 5,500 円がかかる場合があります
- ・生理日変更 ※次回生理開始予定日 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日頃 生理を避けた日 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日～ \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日
- ・里帰り出産 (予定日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日) ・当院で出産希望 (予定日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日)
- ・その他、当てはまらない症状があればご記入ください ( \_\_\_\_\_ )

以下の質問にお答え下さい

最終月経 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日より \_\_\_\_\_ 日間 閉経している ( \_\_\_\_\_ 歳)

月経周期 ・規則的 \_\_\_\_\_ 日周期 ・不規則 \_\_\_\_\_ 日～ \_\_\_\_\_ 日周期 ・不明

現在内服中の薬はありますか? いいえ・はい ( \_\_\_\_\_ )

子宮がん検診を受けたことがありますか? いいえ・はい (最終検診 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 頸部・体部)

ぜんそくになったことがありますか? いいえ・はい (最終発作 \_\_\_\_\_ 歳)

薬のアレルギーはありますか? いいえ・はい (薬品名 \_\_\_\_\_ )

薬以外のアレルギーはありますか? いいえ・はい ( \_\_\_\_\_ )

局所麻酔アレルギーはありますか? いいえ・はい (薬品名 \_\_\_\_\_ )

婦人科の診察を受けたことがありますか? いいえ・はい

性交渉の経験はありますか? いいえ・はい

現在妊娠または授乳中ですか? いいえ・はい (妊娠 \_\_\_\_\_ 週・授乳中)

過去に妊娠したことがありますか? いいえ・はい

出産 \_\_\_\_\_ 回 (正常分娩 \_\_\_\_\_ 回 帝王切開 \_\_\_\_\_ 回) 流産 \_\_\_\_\_ 回 (自然流産 \_\_\_\_\_ 回 人工妊娠中絶 \_\_\_\_\_ 回)

病気やケガで入院や通院していた・手術をしたことがありますか? ※現在通院中も含む いいえ・はい

病名・時期・医療機関名・治療内容 (入院、手術など) 等を詳しくご記入ください

(裏面の記入もお願いいたします)

1ヶ月以内に以下の感染症にかかったもしくはかかっている方と接触がありましたか？ いいえ・はい  
それはどの疾患ですか？○で囲んで下さい

インフルエンザ・風疹・麻疹・水痘・流行性耳下腺炎・流行性角結膜炎・ノロウイルス感染  
病原性大腸菌感染・溶連菌感染・手足口病・その他（ ）結核（6か月以内）

①かかった人は：自分・同居している家族（ ）・職場の同僚・その他（ ）

②かかった時期もしくは接触した時期： \_\_\_\_月頃 ※現在、気になる症状がある方：症状\_\_\_\_\_

マイナ保険証（マイナンバーカードの保険証）

なし・あり

マイナ保険証による診療情報取得に同意します

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+診療情報取得に同意がある場合）

※2023年12月までは特例措置として加算1 6点、加算2・3（再診時）2点

直近1年間で健診（特定健診や高齢者健診など）を受けましたか？

※マイナ保険証による診療情報取得に同意した方は記入不要です

受けていない・受けた（健診名： ）（いつ頃： 年 月ごろ）

当院をどのように知りましたか？

・紹介（知人・職員） ・インターネット ・広告 ・その他（ ）

差し支えなければご紹介者様のお名前を教えてください。（ ）