

婦人科問診表

フリガナ _____

氏名 _____ 生年月日 昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)

住所 〒 _____

電話番号 自宅 _____ 携帯 _____

マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか？ (はい ・ いいえ)

他の医療機関からの紹介状を持っていますか？ (はい ・ いいえ)

本日は、どのようなことで来院されましたか？該当するものに○印を記入してください。

1. 赤ちゃんがほしい → 別紙 不妊外来問診表へ

2. 生理不順

3. 生理痛

4. 妊娠の検査希望 妊娠反応尿検査を行った方 検査した日 _____ 月 _____ 日 (陽性 ・ 陰性)
(出産したい ・ 出産しない ・ 考え中)

5. おりものが多い・外陰部にかゆみがある・湿疹・できもの

6. 不正出血

7. 子宮がん検査

8. 避妊相談

9. 性感染症検査

10. プライダルチェック →裏面の記入もお願いします

11. こうのとりのりチェック →裏面の記入もお願いします

12. その他 _____

月経について

最終月経はいつですか？ _____ 月 _____ 日 _____ 日間

月経周期は (規則的 ・ 不規則) 周期 _____ ~ _____ 日

月経痛はありますか？ (はい ・ いいえ) 鎮痛剤を服用しますか？ (はい ・ いいえ)

性交渉の経験はありますか？ (内診のため) (はい ・ いいえ)

結婚はしていますか？ (はい _____ 年 ・ いいえ) 同棲中・交際中

妊娠経験はありますか？ (有 ・ 無) 出産 _____ 回 流産 _____ 回 人工妊娠中絶 _____ 回

現在、他の医療機関に通院していますか？ (はい ・ いいえ)

医療機関名 _____ 治療内容 _____

これまでに入院や手術など大きな病気にかかったことがありますか？ (有 ・ 無)

病名 _____ 時期 _____ 医療機関名 _____

治療内容 _____

現在、処方されているお薬はありますか？ (有 ・ 無)

(マイナ保険証で情報取得に同意された方は、直近1ヶ月以内の処方薬以外は、省略可能です。)

薬剤名 _____

薬や食品などでアレルギーはありますか？ (有 ・ 無) _____

この1年間で「特定健診」を受診しましたか？ (はい ・ いいえ)

(マイナ保険証で情報取得に同意された方は省略可能です。)

受診時期・指摘事項等 _____

喘息はありますか？ (有 ・ 無)

ご記入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1:6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 (マイナ保険証を利用した場合加算なし)