

受付番号 _____

ID(_____)

問 診 票

年 月 日

| | | | | |
|------|--|------|--------------------------|-----|
| フリガナ | | 生年月日 | 明 大 年 月 日 昭 平 令 (才) | 男・女 |
| 氏 名 | | | | |

- マイナ保険証を利用された方にお聞きます。診療情報取得に同意されましたか？ (はい・いいえ)
- 本日の受診理由を○で囲んでください。 身長(_____)cm 体重(_____)kg
子宮癌検診 妊婦検診 その他 *最終子宮癌検診はいつ受診しましたか？
*いつから・どのような症状があるのか詳しく記入してください。 (年 月)
*最終乳癌検診はいつ受診しましたか？
(年 月)
- * 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)
- 現在までの妊娠について教えてください。妊娠分娩時に異常があった場合は記入してください
分娩(_____)回 (切迫流産・妊娠高血圧症)など。
昭・平・令 _____年_____月_____週_____g (正常・帝王切開・異常_____)
昭・平・令 _____年_____月_____週_____g (正常・帝王切開・異常_____)
昭・平・令 _____年_____月_____週_____g (正常・帝王切開・異常_____)
昭・平・令 _____年_____月_____週_____g (正常・帝王切開・異常_____)
流産(_____)回 中絶(_____)回
- 現在妊娠していればどうしたいですか？ (出産したい・中絶したい・わからない)
- 月経について記入してください。初経：(_____ 歳) 閉経：(_____ 歳)
- 一番最近の月経はいつですか？
_____月_____日から(_____)日間・現在も (いつもと同じ・多かった・少なかった)
月経周期 (規則的・不規則) (_____)~(_____)日型・(_____)日間
月経痛 (ない・軽い・強い) 月経量 (少ない・普通・多い)
- 性交の経験が一度でもありますか？ (ある・ない)
- 現在、結婚していますか？ 未婚 ・ 既婚 (_____ 年結婚) ・ 離別 ・ 死別
- この一年間で健診(特定健診及び高齢者健診に限る)を受診されたことはありますか？
(ある (_____ 年 _____ 月) ・ ない)
- 現在、他の医療機関に通院されていますか？ (はい・いいえ)
* 医療機関名、受診日、治療内容等記入してください。「例：○△病院で内服治療中」

- 今までに病気と診断されたり手術を受けたことがありますか？ (ある・ない)
* ある場合は具体的に記入してください。「例：高血圧 糖尿病 うつ病 虫垂炎手術(20歳)」

- 飲んでいる薬はありますか？ (ある・ない)
* ある場合(薬品名) _____
* その中に血液抗凝固剤(血液をサラサラにする薬)はありますか？ (ある・ない)
* お薬手帳はお持ちですか？ (ある・ない)

- 薬や注射、食べ物などで何かアレルギーはありますか？ (ある ・ ない)
* 「ある」の方 具体的に.....
- 喘息(ぜんそく)があると言われたことはありますか？ (ある ・ ない)
* 「ある」の方 現在治療中ですか？ (はい ・ いいえ)
- たばこを吸いますか？ (はい ・ いいえ)
* 「はい」の方 喫煙年数 約(年) 1日 約(本)
- 血縁者に がん ・ 糖尿病の方はいますか？ (はい ・ いいえ)
* 「はい」の方
- もしも『 がん 』であった場合は、自分に知らせて欲しいですか？ (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願いいたします。