

問 診 票

ご記入日 _____年 ____月 ____日



下記の間診は、とても大切な質問です。プライベートな事柄もございますが、あなたのことを十分に理解するための質問であることをご了承ください、お答え下さいませようをお願いいたします。

草津レディースクリニック 院長 森 敏恵

お名前 _____ 年齢 _____ 歳 生年月日(西暦) _____年 ____月 ____日

ご職業 _____ 血液型 _____ 型 身長 _____ cm

●診療情報取得について

1. マイナ保険証による診療情報取得に同意されましたか? はい / いいえ
2. 他の医療機関から紹介状を持参されましたか? はい / いいえ
3. 現在、他の医療機関に通院されていますか? はい / いいえ
4. この1年間で健診(特定健診及び高齢者健診に限る)を受診されましたか? はい / いいえ
(受診時期: 西暦 _____ 年 ____ 月頃 指摘事項: _____)

※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おります。

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)

医療情報取得加算(再診時・3か月に1回) 加算3 2点/加算4 1点(マイナ保険証を利用した場合)

●本日の受診目的について

1. あてはまるものに○をつけてください 妊娠希望 / その他
*「その他」の場合 本日の受診理由: (_____)

●子宮がん検診について

1. 子宮頸がん検診をこの2年以内に受けていますか? はい / いいえ
*「はい」とお答えの場合 検査日: (西暦 _____ 年 ____ 月頃)
結 果: (異常なし / 経過観察中)

●月経について

1. 月経は何歳から始まりましたか? (_____) 歳
2. 月経は規則的ですか? 規則的 / 不規則
3. 月経周期は何日位ですか? (_____) ~ (_____) 日
4. 月経は何日間続きますか? (_____) 日間
5. 月経痛はありますか? ある(薬使用) / ある(薬未使用) / ない
6. 月経量はどう感じますか? 多い / 普通 / 少ない
7. いちばん最近の月経が開始した日はいつですか? 年月日: 西暦 _____ 年 ____ 月 ____ 日

●生活習慣について

1. 喫煙はしますか? はい / いいえ
*「はい」とお答えの場合 喫煙本数: 1日(_____)本を(_____)年間
2. 飲酒はしますか? はい / いいえ
*「はい」とお答えの場合 頻度: 月に(_____)日程度 / 週に(_____)日程度 / ほぼ毎日
3. 性交渉の経験はありますか? はい / いいえ

●結婚歴について

1. 現在、当てはまるものに○をつけてください 既婚 / 事実婚 / 結婚予定 / 未婚
*「既婚」の場合 入籍年月日: 西暦 _____ 年 ____ 月 ____ 日 年齢: _____ 歳時
2. 離婚歴はありますか? はい / いいえ

●既往歴について

1. 喘息はありますか？	はい / いいえ
2. 薬のアレルギーはありますか？ *「はい」の場合 薬品名：（ ）	はい / いいえ
3. 食物のアレルギーはありますか？ *「はい」の場合 食物名：（ ）	はい / いいえ
4. ゴム製品に対するアレルギーはありますか？	はい / いいえ
5. 現在使っているお薬はありますか？ *「はい」の場合 薬品名：（ ）	はい / いいえ
6. 血栓症、心筋梗塞、脳梗塞と言われたことはありますか？	はい / いいえ
7. 今まで病気にかかったことはありますか？ (特に心臓、肝臓、高血圧、糖尿病、腎臓、甲状腺、精神病、結核など) *「はい」の場合 ()歳 病名：() ()歳 病名：() ()歳 病名：()	はい / いいえ
8. 今まで手術を受けたことはありますか？(婦人科以外の手術も含む) *「はい」の場合 ()歳 手術名：() ()歳 手術名：() ()歳 手術名：()	はい / いいえ

●ご家族について

血の繋がった家族の方で、病気の方はいますか？ (特に糖尿病、甲状腺疾患、血栓症、心筋梗塞、脳梗塞、高血圧) *「いる」とお答えの場合 血縁関係：() 病名：() 血縁関係：() 病名：()	いる / いない
---	----------

●今までに妊娠したことがありますか？

はい / いいえ

*「はい」とお答えの場合、その転帰をわかる範囲で教えてください

西暦・年月日	年齢	週数	転帰	体重	性別	妊娠方法
年 月 日	歳	週	経膈分娩 / 帝王切開 自然流産 / 人工中絶	g	男・女	自然・治療
年 月 日	歳	週	経膈分娩 / 帝王切開 自然流産 / 人工中絶	g	男・女	自然・治療
年 月 日	歳	週	経膈分娩 / 帝王切開 自然流産 / 人工中絶	g	男・女	自然・治療
年 月 日	歳	週	経膈分娩 / 帝王切開 自然流産 / 人工中絶	g	男・女	自然・治療
年 月 日	歳	週	経膈分娩 / 帝王切開 自然流産 / 人工中絶	g	男・女	自然・治療

●当院からのご連絡について

1. つながりやすいご連絡先をご記入ください ()	—
2. お電話または手紙を送付する際、クリニック名を名乗ってもよろしいですか？ *「いいえ」とお答えの場合、連絡方法をご記入ください ()	はい / いいえ

ご提供頂く個人情報は、医療提供、診療費請求事務、当院の管理運営業務等に使用させていただきます。

※詳細を院内に掲示(「当院における個人情報の利用目的」)しておりますので、ご確認ください。