

婦人科外来受診の方へ

20__年__月__日

問診にご協力ください。記入がすみましたら、受付へご提出ください。

ふりがな	職業		
氏名			
生年月日	T・S・H	年	月
現住所	〒		
電話番号（連絡先）	（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
- 本日受診された理由は何ですか？主なものにチェックをつけて下さい。
- 月経が来ない（妊娠の可能性） 月経の異常（無月経、不順、痛み、出血など） 月経前の不調
- 出血 腹痛 腰痛 おりもの かゆみ におい 痛み しこり 性交痛 子宮下垂感
- 尿のトラブル（ 排尿痛 頻尿 残尿感 血尿 尿もれ） 性感染症の心配
- 更年期障害 不妊相談 検診で異常ありといわれた（具体的に：_____）
- 検診希望（ 子宮・卵巣 乳房） ピル希望（ 避妊 月経移動 緊急避妊・アフターピル）
- 子宮頸がんワクチン
- 治療希望（ 漢方薬 プラセンタ注射 ホルモン補充療法） ビタミン注射
- 他の医療機関からの紹介状を持参
- その他（具体的に_____）
- 結婚・妊娠・出産について 結婚（ 未婚 既婚 離婚 死別） 性交の経験（ あり なし）
- 妊娠・出産（ なし 妊娠____回 出産____回） 妊娠中（_____週）
- 月経について 初潮____歳 月経（ 順調 不順・不規則 閉経____歳）
- 最終月経____月____日から____日間 普段の月経周期は____日型で出血は____日間
- いままでにかかった病気 なし あり（____歳のとき_____）
- 現在治療中の病気 なし あり（病名_____）（受診日_____）
- 現在服用中のくすり なし あり（薬品名_____）
- 喫煙習慣 なし あり ■飲酒習慣 なし あり 機会飲酒
- アレルギーについて なし あり（ 食べ物 くすり その他 その名前は_____）
- 健康診断受診歴 ※1年以内 なし あり（受診時期、指摘事項_____）
- 気管支喘息 なし あり ■アトピー性皮膚炎 なし あり ■蕁麻疹 なし あり
- 血縁の家族について以下の病気がありますか なし あり
- （高血圧・糖尿病・高脂血症・脳卒中・心臓病・がん・膠原病・甲状腺疾患・精神疾患・皮膚病・結核）
- 当院を何でお知りになりましたか。
- 知人の紹介 インターネット 広告 電話帳 その他（_____）

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） 1点

再診時（3カ月に1回） 1点