

年 月 日記入

フリガナ 氏 名	様	生年 月 日	S 年 月 日	H ( )才	職 業	未婚 ・ 結婚予定 既婚 ( 才に結婚)
自 宅 住 所	〒				自宅電話	- -
					携帯電話	- -
緊急連絡先	お名前				患者様とのご関係 ( )	
					電話番号	- -
マイナ保険証 (保険証と紐づけされたマイナンバーカード) をお持ちですか? いいえ ・ はい →本日、診療情報取得に同意されましたか? ( はい いいえ )						

【1】本日はどのようなことで来院されましたか?

※ ○で囲むか必要事項をご記入下さい

- |   |                        |
|---|------------------------|
| 1. 月経の異常→出血が止まらない 出血量が多い・少ない<br>月経不順 生理痛が辛い 月経前の症状が辛い | 9. 下腹部痛                |
| 2. 月経周期の移動<br>(なりたくない期間 / ~ / )                       | 10. 尿が近い 残尿感 排尿時痛い     |
| 3. 緊急避妊ピル(性交日時 / 時ごろ)                                 | 11. 性病の心配              |
| 4. 避妊の相談  | 12. セカンドオピニオン          |
| 5. 更年期症状 ( )が辛い                                       | 13. 定期的な検診 ( 子宮・卵巣・他 ) |
| 6. おりものが気になる→量が多い・少ない ・色 ・臭い                          | 14. その他 ( )            |
| 7. 外陰部や膣のかゆみ  | 15. プラセンタ希望            |
| 8. 不正出血がある (いつから 出血量 多 中 少 )                          | 16. がん検診希望             |

【2】ふだんの月経について

月経 無しの方 → ・閉経 才 ・手術 才 その他 ( )  
 月経 有りの方 → 順・不順 最終月経 / ~ / 日間 日周期  
 生理痛は ない・ある 頭痛・腹痛・腰痛・痛くて寝込む・その他 ( )  
 →その対処法 ( 薬\_\_\_\_\_を服用 ・ 特に何もしない )

【3】妊娠・出産歴について

1. 性交(セックス)の経験はありますか? → [ なし ・ あり ]  
 2. 妊娠歴 → なし ・ あり (出産: \_\_\_\_\_回 自然流産: \_\_\_\_\_回 人工中絶: \_\_\_\_\_回)

【4】ご自身の体質や既往歴について

既往歴は? ない  
 ある → (高血圧 脳神経 心臓 肺 胃腸 肝臓 腎臓 糖尿病 膠原病 心療内科 他)

身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ Kg  
 タバコ 吸わない 吸う ( \_\_\_\_\_ 本/日)  
 飲酒 飲まない 飲む ( \_\_\_\_\_ ml / 日 週 月)  
 アレルギーがある方はご記入ください

( )

※裏面に続きます → 両面記入出来たら**受付まで提出して下さい**

## 【5】 当院を受診されたきっかけをお聞かせ下さい

1. 知人（身内）の紹介           〔 紹介者： \_\_\_\_\_ 様 〕
2. インターネットで調べて
3. 広告、看板をみて
4. 以前受診したことがあるから   （            ） 年前
5. 近所だから
6. その他

当院はマイナ保険証の利用や問診票などを通じて患者様の診療情報を取得、活用することにより、質の高い医療の提供に努めており、医療情報・システム基盤整備体制充実加算の算定医療機関です。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よろしくお願い致します。

◆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）

- \* 記入後、この問診票を受付に出してください。
- \* 各種医療証・紹介状などをお持ちの方は同時に提出してください。
- \* 診察内容によってお呼びする順番が前後することがあります。  
あらかじめご了承ください。

さとうレディースクリニック