

問診票

初診日 令和____年____月____日

お名前_____ 生年月日 昭和・平成・令和____年____月____日
年齢(満)____歳 身長_____cm 体重_____kg ご職業_____

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。

◇医療情報取得加算

(初診時:1回/月) 加算 1 : 3点 (マイナ保険証利用しない場合)

加算 2 : 1点 (マイナ保険証利用の場合又は他院からの診療情報提供書がある場合)

(再診時:1回/3カ月) 加算 3 2点 (マイナ保険証利用しない場合)

加算 4 1点 (マイナ保険証利用の場合又は他院からの診療情報提供書がある場合)

1) 今日はどうなことで受診されましたか? (あてはまる項目に○をつけて下さい)

- | | |
|-----------------------------------|-------------------------------|
| 1. 子供が出来ない。 | 9. 避妊ピル希望 (常用・緊急) |
| 2. 流産を繰り返す。 | 10. 生理痛 |
| 3. 出血があった。 | 11. 生理の量が多い。 |
| 4. 生理不順 | 12. 子宮がん検診希望 (頸癌・体癌) |
| 5. おりものが多い | 13. 妊娠しているかどうか
(分娩希望・中絶希望) |
| 6. 陰部のかゆみ・痛み・腫れ | 14. お腹が痛い |
| 7. 更年期障害の相談
(ほてり・発汗・イライラ・不眠など) | 15. 生理予定日をずらしたい |
| 8. 避妊の相談 | 16. その他 () |

*1,2,8,9,12,13 以外の症状の方:

①その症状はいつごろからありますか: _____

②その症状は発症後どのように経過してきましたか: _____

2) あなたの月経について

- ①初めての月経は何歳の時でしたか。____歳
- ②月経周期 (月経が始まった日から次の月経の前日までの期間) は順調ですか不順ですか。
順調 (____日間) 不順 (1週間以上のずれがある) (短い時____日間、長い時____日間)
- ③月経は何日間続きますか。____日間
- ④月経時、下腹痛や腰痛はありますか。 ある: 痛み止めは使いますか (はい・いいえ)・ない
- ⑤月経の量はどのくらいだと感じますか。 多い (血のかたまりが ある・ない)・普通・少ない

⑥最近の月経はいつからでしたか。平成____年____月____日から____日間

⑦閉経（1年以上月経がない）の年齢は何歳でしたか。____歳

3) 結婚について（あてはまる項目に○をつけて下さい）

結婚（昭和・平成・令和____年____月____歳）・離婚（____歳）・死別（____歳）・未婚

4) 婦人科受診・妊娠歴について

性行為の経験はありますか。はい・いいえ

婦人科を受診され、内診・経膈超音波検査を受けたことがありますか。はい・いいえ

妊娠された事がありますか。はい（____回）・いいえ

出産された事がありますか。はい（____回）・いいえ

妊娠・出産歴がある方へ：分かる範囲でいいですので下記にご自身の妊娠歴をご記入下さい。

1回目____歳：経膈分娩（____週____g 男・女）・流産（____週）・中絶（____週）

帝王切開（____週____g 男・女 手術理由_____）

2回目____歳：経膈分娩（____週____g 男・女）・流産（____週）・中絶（____週）

帝王切開（____週____g 男・女 手術理由_____）

3回目____歳：経膈分娩（____週____g 男・女）・流産（____週）・中絶（____週）

帝王切開（____週____g 男・女 手術理由_____）

4回目____歳：経膈分娩（____週____g 男・女）・流産（____週）・中絶（____週）

帝王切開（____週____g 男・女 手術理由_____）

5) 今までにかかったことのある主な病気、受けた手術、健康状態について

①今までに何か大きな病気にかかった事や手術をした事がありますか。はい・いいえ

はいと答えられた方へ：高血圧（____歳 医療機関名：_____ 治療内容_____）

糖尿病（____歳 医療機関名：_____ 治療内容_____）

甲状腺機能障害（____歳 医療機関名：_____ 治療内容_____）

腎臓病（____歳 医療機関名：_____ 治療内容_____）

肝臓病（____歳 医療機関名：_____ 治療内容_____）

ぜんそく（____歳 医療機関名：_____ 治療内容_____）

心臓病（____歳 医療機関名：_____ 治療内容_____）

高脂血症（____歳 医療機関名：_____ 治療内容_____）

その他（病名：_____ 歳 医療機関名：_____ 治療内容_____）

（病名：_____ 歳 医療機関名：_____ 治療内容_____）

手術：_____（____歳 医療機関名：_____）_____（____歳 医療機関名：_____）

②今までに性病の既往はありますか。はい（病名：_____いつ頃：_____）・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

はい と答えられた方へ：医療機関名_____初診日_____病名_____

お薬（種類：_____

手術 あり（手術名：_____施行日：_____）・なし

④ ③のお薬も含めて現在、飲んでいる薬はありますか。；マイナ保険証による情報取得に同意された方は直近1か月以内のお薬のみの記入で大丈夫です。

はい（ア_____イ_____ウ_____エ_____）・いいえ

はい と答えられた方へ：ア（そのお薬の用量_____錠（包）/日 処方日_____期間_____日分）

イ（そのお薬の用量_____錠（包）/日 処方日_____期間_____日分）

ウ（そのお薬の用量_____錠（包）/日 処方日_____期間_____日分）

エ（そのお薬の用量_____錠（包）/日 処方日_____期間_____日分）

⑤これまでに長期に服用したお薬はありますか。

はい（薬名_____；いつ頃：_____）・いいえ

⑥これまでに使った薬や注射で、気分が悪くなったり、発疹が出るなどの副作用を起こした事がありますか。 はい（何の薬ですか_____）・いいえ

⑦アレルギー体質と思われませんか。 はい（何のアレルギーですか_____）・いいえ
はい と答えられた方：どのようなアレルギー症状が出ましたか（_____）

⑧ご家族（血縁者）に生活習慣病の病歴はありますか。（例）糖尿病・高血圧・癌など・・・）

ある（続柄と病名：_____）・いいえ

⑨タバコは吸われますか。 はい（1日_____本_____歳頃から）・いいえ

⑩飲酒はされますか。 はい（ほぼ毎日・週2～3日・たまに）・いいえ

はいと答えられた方へ：1回の飲酒量はどれぐらいですか。

〔ビール_____ml、日本酒_____合、焼酎_____合、その他（_____）_____ml〕

⑪食欲はありますか。 はい・いいえ

⑫熟睡はできていますか。 はい・いいえ

⑬便通はいいですか。 はい・いいえ

6) オンライン資格確認について

マイナ保険証による診療情報取得に同意されますか。 はい・いいえ

7) 他の医療機関からの紹介について

本日他の医療機関からの紹介状を持参しましたか。 はい（医療機関名：_____）・いいえ

8) 健診・検診歴

①この1年間で健康診断を受けられましたか。 はい・いいえ

はい と答えられた方へ：受診されたのはいつですか：令和 年 月

指摘事項はありましたか：あり ()・なし

(特定健診および高齢者健診についてはマイナ保険証による情報取得に同意された方は記載不要です)

②この1年間で子宮頸がん検診を受けられましたか。 はい (年 月)・いいえ

はい と答えられた方へ：異常なし・異常あり (診断内容：)

6) 本日、特に相談されたい事があればご記入下さい。

連絡先電話番号 (携帯 _____ ご自宅 _____)

ご住所 〒 _____

緊急時連絡先：検査結果や処置時間の変更などで連絡が必要な場合がありますので、必ずご記入下さい。

クリニックからのお電話は (個人名で・病院名で) (携帯に・ご自宅に・どちらでも可) かけてほしい。

お留守の場合、留守番電話にて内容をお伝えしてもよろしいですか? (はい・いいえ)