

# 問診票

初診日 年 月 日

ふりがな

氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 MS \_\_\_\_\_ 年 月 日 歳 職業 \_\_\_\_\_  
TH \_\_\_\_\_

〒 \_\_\_\_\_

住民票の住所を記載して下さい

電話（携帯） \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_ (自宅) \_\_\_\_\_

当院を受診した事は ない : ある ( 年 月頃)

## (1) 本日はどのような症状で来院されましたか？

- 妊娠の可能性ある 妊娠検査薬（陽性・していない）
- 妊娠中（予定日 年 月 日）
- 不妊治療
- 避妊について
- 月経異常
- 月経以外の出血
- 生理痛
- かゆみ、おりもの
- 排尿痛、尿回数が多い、尿失禁
- 更年期の相談
- その他 ( )

## (2) がん検診の検診歴についてお聞きます。

	今までの検診歴	前回	異常	高槻市公費使用
子宮頸がん	なし・あり	年 月頃	無・有	使用した・していない・分からない
乳がん	なし・あり	年 月頃	無・有	使用した・していない・分からない

本日は子宮頸がん・乳がん検診を希望されますか？  
子宮頸がん（ する ・ しない ・ 医師と相談 ）  
乳がん（ する ・ しない ・ 医師と相談 ）

## (3) 他の医療機関からの紹介状は持っていますか？（はい・いいえ）

## (4) この1年間で「特定健診」もしくは「高齢者健診」を受診しましたか？（はい・いいえ）

受診時期 ( ) 年 ( ) 月 指導事項 \_\_\_\_\_

## (5) 月経についてお聞きます。

一番最近の生理は → 年 月 日 から 日間

初潮 ( ) 歳 閉経 ( ) 歳 月経周期： ( ) 日型・不順 ( ~ ) 日

量： 少ない ・ ふつう ・ 多い

生理痛： なし ・ あり ( 下腹部 ・ 腰痛 ・ 頭痛 ・ 吐き気 ・ その他 )

## (6) 未婚 ・ 既婚

結婚 ( ) 歳 → ( ) 年 ( ) 月

夫： 現在 ( ) 歳 死亡 ・ 離婚

これまでの妊娠・分娩歴 分娩 ( ) 回 流産 ( ) 回 中絶 ( ) 回

	分娩	週数	分娩様式	児の体重	性別	分娩施設
1	S・H・R 年 月	週	正常・吸引・帝王切開	g	男・女	
2	S・H・R 年 月	週	正常・吸引・帝王切開	g	男・女	
3	S・H・R 年 月	週	正常・吸引・帝王切開	g	男・女	
4	S・H・R 年 月	週	正常・吸引・帝王切開	g	男・女	

裏面もごさいます→

(7) 薬や食べ物でアレルギーが出たことが（ない・ある）→ \_\_\_\_\_

(8) 喘息が（ない・ある） 最終発作 年 月 日

(9) 現在、他の医療機関で治療中の病気はありますか？（ない・ある）

治療内容 → \_\_\_\_\_

服用中の薬 → \_\_\_\_\_

（マイナ保険証で情報取得に同意された方は、直近1か月以内の処方薬以外は省略可能です）

(10) 今までに大きな病気や手術をしたことがありますか？（ない・ある）

病名・手術名 → \_\_\_\_\_ 年 月

(11) 家族（両親・兄弟姉妹）で次のような病気の方がいますか？

（高血圧 \_\_\_\_\_）（糖尿病 \_\_\_\_\_）（がん \_\_\_\_\_）（心臓病 \_\_\_\_\_）

（その他 \_\_\_\_\_）

(12) マイナ保険証を提示した方にお聞きします。

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）

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）

加算1：4点（保険証を利用した場合） 加算2：2点（マイナ保険証を利用した場合）

川村産婦人科医院