

婦人科 問診票 (当院記入欄ID:) 受診日 西暦 年 月 日

マイナ保険証による診療情報取得を行うことに同意します (はい・いいえ)

ふりがな				
氏名				
生年月日	T・S・H 日 (歳)	年	月	血液型
現住所	〒			
電話番号		結婚	未婚・既婚 (旧姓)	離婚・死別
職業		身長	cm	体重 kg

・本日はどのような理由で受診されましたか？

- 月経不順 月経痛 不正出血 かゆみ おりもの(具体的に:)
 PMS 更年期 ピル希望 (月経移動・緊急避妊・月経不順・その他)
 子宮がん検診(頸がん・体がん) 性感染症検査
 その他 ()

※上記に当てはまらない場合や、具体的な症状・相談内容があればご記入下さい

2・月経:初経 _____歳 現在月経は(順調・不順・閉経している_____歳)
 一番最近の月経は____月____日から____日 周期は _____日、____日間続く
 出血量は(少量・普通・多量) 月経痛は (無・軽度・中等度・高度)
 月経時・月経前に(腹痛・腰痛・乳房痛・頭痛・その他)がある

3・妊娠・出産: なし・妊娠_____回・出産_____回 (うち帝王切開 _____回)
 自然流産_____回・人工妊娠中絶_____回 子宮外妊娠_____回

4・下記をお読みになり、必要事項をご記入下さい

1)性交経験が(ない・ある)

2)子宮がん検診を受けたことが(ない・ある) (子宮頸がん・体がん)
 子宮がん検診を受けた年(直近) (_____年 _____月)
 →結果は(異常なし・要経過観察・要再検査・要精検・要治療)

3)乳がん検診を受けたことが(ない・ある)
 乳がん検診を受けた年(直近) (_____年 _____月)

4)治療または経過観察が必要な病気にかかったことがありますか? 有 ・ 無
 ()

5)現在治療中または経過観察されている病気がありますか？ 有 ・ 無
()

6)現在服用中の薬がありますか？ 無 ・ 有
ある場合は薬品名()

7)アレルギー症状を起こしたことがありますか？ 無 ・ 有
ある場合は原因 ()

8)手術(帝王切開を含む)を受けた事がありますか？ 無 ・ 有
(歳のときに)
(歳のときに)
(歳のときに)

9)血縁のご家族に以下の病気がありますか？ 無 ・ 有
高血圧 糖尿病 脳卒中 心臓病 精神疾患 膠原病 癌
その他 ()

10)日常的に頭痛が (ない ・ ある)

11)飲酒を(しない ・ する) する場合→週__回__を__ml 程度

12)喫煙を(しない ・ する) する場合→1日__本

5・治療方針についてのお考えを教えてください(複数可)

- できるだけ薬は使いたくない
- 漢方薬やサプリメントで改善したい
- 薬を使って早く症状が改善することを優先したい
- 必要な薬は使いつつ最小限ですむようにしたい
- 治療方針は自分で決めたい
- 治療方針はある程度医師に決めてほしい
- その他 ()

6・当院を受診したきっかけは何ですか？

(ホームページ・知人の紹介・雑誌・通りがかり その他:)

ありがとうございました

ゆげレディスクリニックはマイナ保険証にて診療情報を取得・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 :6点 加算2 :2点(マイナ保険証を利用した場合)



ゆげレディスクリニック

YUGE LADIES CLINIC