

ID: _____

初診 問診票

ゆぐちクリニック

ふりがな		男・女	生年月日	(T ・ S ・ H ・ R)		
氏名				年	月	日
住所	(〒)					
電話	(自宅)		(携帯)			
身長:	cm	体重:	kg	体温:	°C	

◆マイナ保険証による診療情報取得に同意 (同意する ・ しない ・ 持っていない)

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。

1. 今日どのような症状で受診されましたか？(いつから、どこが、どんな症状)

2. 今までにかかったことのある病気や治療中の病気はありますか？(はい・いいえ)

高血圧 糖尿病 心疾患 肝臓病 腎臓病 喘息 脳卒中 肺炎 がん精神疾患 胃腸の病気 その他()

通院中の医療機関名【 _____ 】

3. 手術を受けたことはありますか？(はい・いいえ) (何歳ころ、何の病気で、医療機関名)

4. 現在内服されている薬はありますか？(はい・いいえ)(お薬手帳があればお出してください)

薬剤名【 _____ 】

5. 薬や食べ物にアレルギーはありますか？(はい・いいえ)

「はい」の方→(何に対して、どのような症状)

6. たばこを吸いますか？ 吸っている 過去に吸っていた 吸ったことがない

「吸っている・過去に吸っていた」方→(歳から 歳まで、1日 本)

7. お酒を飲みますか 飲む 過去に飲んでいて 飲まない

「飲む・過去に飲んでいて」方→(何を: 1回量: 頻度: ほぼ毎日・週2~3回・月に数回)

8. ご家族(血縁)で下記の病気の方はいますか？(はい・いいえ)《 》に関係を記入してください

がん《 》 糖尿病《 》 高血圧《 》 脂質異常症《 》 遺伝性疾患《 》

9. この1年間で健診(特定健診及び高齢者健診)を受診しましたか？(はい・いいえ)

(マイナ保険証による情報取得に同意される方は、記載を省略可能)

受診時期、指摘事項 等

10. 当院をどのようにお知りになりましたか？ 他院からの紹介(医療機関名:)インターネット 看板広告 知り合いから 家族から その他()

ご記入ありがとうございました。終わられましたら受付までお声かけください。

* 婦人科・産科・女性内科の診察を受けられる方は、裏面の問診票にもご記入をお願いいたします。

1. 本日はどうされましたか？（当てはまるものに○、☑をつけてください）

- ①検診希望 子宮がん検診 子宮筋腫定期検診 卵巣定期検診
- ②妊娠しているかどうか
 妊娠市販薬で検査した(いいえ・はい→___月___日 陽性 陰性)
 出産希望(有・無・未定)
- ③妊婦健診
- ④月経の相談(生理不順、生理痛、生理量が多い又は少ない、生理をずらしたい)
- ⑤出血がある(不正出血)
- ⑥下腹部痛
- ⑦外陰部の異常(かゆい・痛い・できものがある・おりものがある)
- ⑧不妊の相談(子供が欲しい)
- ⑨更年期症状の相談(のぼせ・ほてり、冷え、めまい、不眠、その他_____)
- ⑩避妊希望(ピル・緊急避妊希望)
- ⑪子宮筋腫、子宮内膜症、卵巣のう腫があるとされた
- ⑫排尿の異常(排尿痛・残尿感・頻尿・尿漏れ)
- ⑬性病の検査・治療、ブライダルチェック
- ⑭子宮頸がん予防ワクチン希望
- ⑮美容相談(レーザー脱毛、プラセンタ、ビタミンCなど)

2. 月経についてお聞きします

- ①初めての月経は()歳頃 ②閉経は()歳頃
- ③一番最近の月経は(月 日から 日間)
- ④月経周期は(順___日周期・不順)
- ⑤月経量は 少ない 普通 多い 血の塊が出る
- ⑥月経痛は ない 普通 ひどい
- ⑦鎮痛剤の使用は(ない・ある【薬剤名 _____】)

3. あなたの結婚・妊娠についてお聞きします

- ①結婚していますか (いいえ・はい:1回・1回以上(回))
- ②現在は(独身・婚約中・結婚・離婚・再婚・死別)
- ③性交の経験は(あり・なし)
- ④妊娠歴は(なし・あり___回)
 分娩___回(そのうち 帝王切開___回) 流産___回 中絶___回

ご記入ありがとうございました。終わられましたら受付までお声かけください。