

のりこレディースクリニック 問診票

ふりがな _____

お名前 _____ 年齢 _____ 才

1. 来院された目的に をつけてください

妊娠の診断 (市販薬の検査を行った方→ 月 日、その結果は (陽性 陰性)
陽性の方はその方針 (継続希望、中絶希望、検討中)

子宮癌検診 (さいたま市検診 その他)

生理の異常 不正出血 下腹痛 生理の移動 子宮筋腫

更年期障害 排尿の異常 不妊相談 避妊相談

おりもの かゆみ 卵巣の異常 その他

いつから、どのような症状でしょうか。具体的に書いてください

[_____]

2. 生理について

・一番最近の生理は (月 日) から (日間) または閉経 () 才

その前の生理は (月 日) から (日間)

・初潮は () 才 ・生理周期は () 日周期 ・生理の量は (多 ふつう 少)

・生理痛は (腹痛 頭痛 腰痛 その他) が (強 中 弱 無)

3. 結婚について

既婚 (才時) ご主人の現在のご年齢 () 才

未婚 (性交経験 有 無) 離婚 (才時) 死別 (才時)

4. 今までの妊娠について

() 回妊娠 () 回出産→正常分娩 () 回・帝王切開 () 回・鉗子分娩 () 回・
吸引分娩 () 回 ・自然流産 () 回・人工流産 () 回

5. 今までかかったことのある病気や受けたことがある手術について (ある ない)

→ ある場合、具体的に

[_____]

6. 現在内服しているお薬はありますか? (ある ない)

→ ある場合、薬の名前

[_____]

7. アレルギーはありますか? (ある ない)

→ ある場合、具体的に (_____)

8. 身長 (_____) cm 体重 (_____) kg

9. ご職業は (_____)

10. タバコは (吸わない 吸う; 一日《 _____ 》本)

11. お酒は (飲まない 機会飲酒 _____ 日/週《 _____ 》ml)

12. マイナ保険証による診療情報取得に (同意する 同意しない)

記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 記載者 (ご本人・その他 _____)

*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。

**医療情報・システム基盤整備体制充実加算 (初診時) 加算①6点 加算②2点 (マイナ保険証を利用した場合)