

# 女性内科 問診票

お名前 ( ) 歳 20 年 月 日

身長 ( ) cm、体重 ( ) kg、来院時の体温 ( ) °C

住所に変更のある方は、記入してください。

〒

## 1. 本日来院された理由にレ印をつけてください

発熱 頭痛 のどの痛み 胸の痛み めまい 咳 鼻 悪寒 嘔吐  
その他の症状 ( )

いつから、どのようにですか

※ 主につらい症状をご記入ください ( )

食欲 (ある・普通・ない)、睡眠 (よく眠れる・普通・不眠)

排尿 (普通・昼間も近い・夜間3回以上)、便秘 ( 日 回)

## 2. アレルギーはありますか？

(ない・ある →薬( )、食べ物( )、その他( ))

## 3. 輸血をしたことがありますか？ (ない・ある)

## 4. 今までに大きな病気にかかったことはありますか？

(ない・ある)(病名: )、手術(ない・ある)

(時期: )、入院(ない・ある)

## 5. 現在治療中の病気がありますか？

(ない・ある)(病名: )

(病院名: )

## 6. 現在使用している薬はありますか？

(ない・ある →薬名: )

## 7. タバコは吸いますか？

吸わない・以前吸っていた( 歳)・吸う(1日 本位)

## 8. 同居のご家族でタバコを吸っている方はいますか？ (いる・いない)

## 9. お酒は飲みますか？ (飲まない・時々飲む・毎日飲む) (どのくらい)

## 10. 妊娠の可能性はありますか？

(ある・ない)(最終月経:20 年 月 日) (閉経: 歳)

## 11. 現在授乳中ですか？ (はい・いいえ)

## 12. 特に医師に知らせたい事がありましたらご記入ください

## マイナ保険証利用に関する問診

- マイナ保険証(マイナンバーカードの健康保険証利用)をお持ちですか？  
(はい・いいえ)  
はいの場合→診療情報取得に同意いただけますか？ (はい・いいえ)
- 他の医療機関からの紹介状を持っていますか？ (いいえ・はい)
- この1年間で特定健診や高齢者健診を受診しましたか？  
(はい・いいえ)  
はいの場合→(受診時期:20 年 月頃)

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します。

厚生労働省の規定により、医療情報・システム基盤整備体制充実加算の算定をさせていただきます。

### 初診時

健康保険証を提示した場合・・・6点(加算1)

マイナンバーカードを利用した場合・・・2点(加算2)

### 再診時

健康保険証での受診・・・2点(加算3)

※ 各種公費受給者証はマイナンバーカードでは確認できませんので、ご提示をお願いします。