

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

※住所に変更はありますか？ (あり ・ なし)

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。

※ 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。