

女性専門外来 問診票

20 年 月 日

お名前 () 歳

※住所に変更はありますか？（あり □ ・ なし □ ）

●今日は、どのような症状で受診されましたか？

●その症状は、いつ頃から、どんな時にありますか？

●症状に関して、特に心配なされていること、希望される検査はありますか？

●今まで、何か病気をされたことはありますか？

例）20歳で虫垂炎、30歳で帝王切開

●これまで、健診（検診）で異常を指摘されたことはありますか？

例）5年前からコレステロールが高め、3年前に乳腺症

●家族（ご祖父母、ご両親、ご兄弟姉妹、お子様）でご病気の方はいらっしゃいますか？

例）母方祖母方が胃がん。父が糖尿病と高血圧。母が高脂血症と甲状腺の病気。兄が腎結石など

●一番最近の生理（月経）はいつでしたか？

() 月 () 日から () 日間、量は：多め ・ 少なめ ・ いつもと同じ

月経周期() 日周期、月経の持続() 日間、月経不順：なし / あり

生理痛は なし / あり(具体的に：)

月経前の体調(気分)不良は なし / あり(具体的に：)

●身長() cm 体重() kg

最近体重が：増えた ・ 変わらない ・ 減った

●当院女性専門外来を、どのようにお知りになりましたか？

医師からの紹介(紹介状 あり / なし)、家族や知人() 様の紹介、

インターネット(当院HP / その他)、新聞()、雑誌()、

テレビ(番組名：)、その他()

●薬や食べ物のアレルギーはありますか？

(「はい」か「いいえ」欄のいずれかに必ず○をお願いします。「はい」の場合には具体的にお書きください。)

種 別	はい	薬品名・食べ物名	いいえ
薬 剤			
食べ物			

●現在、服用中の内服薬はありますか？

(「はい」か「いいえ」欄のいずれかに必ず○をお願いします。「はい」の場合には具体的にお書きください。)

はい	薬品名(お分かりになれば)	いいえ

裏面もご記入ください。➡

●現在、他の医療機関に通院していますか？

（いいえ・はい）

はいの場合→医療機関名、受診日、治療内容 など

●現在、妊娠中または授乳中ですか？

（いいえ・はい）

はいの場合→妊娠週数 など

マイナ保険証利用に関する問診

●マイナ保険証または資格確認書をお持ちですか？

（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。