

外 来 問 診 票

No.

フリガナ				大・昭・平	年	月	日生
氏名				(歳)			
現住所	〒(-)			職業			
携帯				自宅TEL			
ご紹介者 無・有 → お名前()							

■ 診察の目的(☑を付けて下さい)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 妊娠かどうか
家で妊娠反応を(した・してない)
月 日に(+・-)
→出産を希望する(当院で・他院で)
→出産を希望しない | <input type="checkbox"/> 更年期障害 (のぼせ・めまい・冷え・肩こり・動悸) |
| <input type="checkbox"/> 生理不順 | <input type="checkbox"/> 不妊の相談 |
| <input type="checkbox"/> 生理痛 | <input type="checkbox"/> 避妊の相談 |
| <input type="checkbox"/> 不正性器出血 | <input type="checkbox"/> 緊急避妊希望 |
| <input type="checkbox"/> 生理の異常 (長引く・多い・少ない) | <input type="checkbox"/> 子宮癌の検査 |
| <input type="checkbox"/> 下腹痛 | <input type="checkbox"/> 子宮筋腫・卵巣腫瘍・内膜症の検査 |
| <input type="checkbox"/> 腰痛 | <input type="checkbox"/> 性病の検査 |
| <input type="checkbox"/> 排尿時の痛み、頻尿、残尿感 | <input type="checkbox"/> 生理日の変更
→生理を止めたい期間(/ ~ /) |
| <input type="checkbox"/> おりもの | <input type="checkbox"/> その他(ご質問があればご記入下さい。) |
| <input type="checkbox"/> 外陰部のいたみ | |
| <input type="checkbox"/> 外陰部のかゆみ | |

■ 下記も正確にご記入下さい

初潮(歳) 閉経(歳) 体重(kg) 身長(cm)

結婚(している・していない) 薬物アレルギー等(あり・なし)

性交(セックス)の経験(あり・なし) 喫煙(あり 1日()本・なし)

最終月経(月 日から 日間) 過去の病気・手術・現在治療中の病気(できれば薬品名も)

月経周期(日型) 現在飲んでいる薬があれば下記にご記入ください

妊娠歴(妊娠 回 そのうち分娩 回)

出産時の異常(あり・なし)

中絶回数(回) 流産回数(回)

- | | |
|----------------------|--|
| ■ マイナ保険証による診療情報取得に同意 | <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> 持っていない |
| ■ 他の医療機関からの紹介状 | <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある |
| ■ 現在、他の医療機関に通院 | <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> している() |
| ■ 現在、妊娠中又は授乳中であるか | <input type="checkbox"/> 妊娠中 <input type="checkbox"/> 授乳中 <input type="checkbox"/> 該当しない |

当院は診療情報提供を取得・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。

◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時) 加算1…4点 / 加算2…2点(マイナ保険証を利用した場合)