

おおたレディースクリニック問診票

医師希望記入

年 月 日

フリガナ 氏名		生年月日	年齢
フリガナ		自宅電話番号	
住所	〒	携帯電話番号	

身長 cm 体重 kg (非妊時) 血液型 型 (Rh + -)

以下の自覚症状がある場合、該当する項目に○印をしてください。

体温が37.5℃以上ある のどが痛い 強いだるさ(倦怠感)がある 咳や痰がある

本日はどのような症状でご来院されましたか。当てはまる項目に□してください

妊娠に関すること (最終月経 月 日～)妊娠の可能性があるが、検査はしていない自分で妊娠反応検査を行い、陽性だった(月 日)自分で妊娠反応検査を行い、陰性だった(月 日)他院で妊娠の診断を受けた(月 日)

妊娠が判明した場合

出産希望(出産予定施設 □当院 □他院 □まだ考えていない)出産を希望しない出産するかどうかまだ決めていない不妊に関する相談子宮がん検診希望月経(生理)の異常(最終月経 月 日～)不規則 生理痛が強い 量が(多い・少ない)生理が遅れている(妊娠の可能性ありなし)生理前後に心身の不調がある不正出血がある外陰部の気になる症状(□おもじの□かゆみ□できもの□その他)ブライダルチェック希望ピル希望<アフターピル(緊急避妊薬)以外>以前飲んでいた(ピルの名前)現在飲んでいる(ピルの名前)今まで飲んだことがないアフターピル(緊急避妊薬)希望生理をずらしたい 避けたい日は(月 日～月 日)膀胱炎の症状がある(排尿痛、頻尿、残尿感) 下腹部痛がある更年期症状についての相談その他()他の医療機関からの紹介状がありますか(はい・いいえ)マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか(はい・いいえ)この1年間で健診(特定健診及び高齢者健診に限る)を受診しましたか(はい・いいえ)電子処方箋を希望しますか(はい・いいえ)

※裏面に続きます。

〈月経について〉

いちばん最近の月経の始まった日 年 月 日

月経と次の月経の間隔は 日型 · 不規則

はじめての月経 才 閉経 才

〈結婚 妊娠 出産について〉

1. 性交（セックス）の経験はありますか（ある · ない）
2. 結婚は（未婚・既婚・同棲中・婚約中）
3. 妊娠をしたことがありますか（ある · ない）

「ある」とお答えになった方へ 出産 回 流産 回 死産 回 人工妊娠中絶 回

4. 出産について

①	年	月	日	男	·	女	g	(自然分娩 · 帝王切開)
②	年	月	日	男	·	女	g	(自然分娩 · 帝王切開)
③	年	月	日	男	·	女	g	(自然分娩 · 帝王切開)
④	年	月	日	男	·	女	g	(自然分娩 · 帝王切開)

〈健康状態について〉

1. 子宮がん検診を受けたことがありますか（はい · いいえ）

「はい」とお答えになった方→いつ頃検診を受けましたか（ 年 月 頃）

2. 現在、他の病院に通院していますか（はい · いいえ）

「はい」とお答えになった方（いつから 病名 ）

3. 現在、内服中のお薬はありますか（ある · ない）

「ある」とお答えになった方（薬の名前 ）

4. 今まで以下の病気にかかったことがありますか（ある · ない）

「ある」とお答えになった方は○をつけてください

がん・心臓病・高血圧・糖尿病・甲状腺の病気・こころの病気・その他（ ）

5. 今までに手術をうけたことがありますか（ある · ない）

「ある」とお答えになった方（ 才：病名 ）（ 才：病名 ）

6. 今までに輸血をしたことがありますか（ある · ない）

7. 輸血が必要になった場合、宗教上の理由で輸血を拒否されますか（はい · いいえ）

〈アレルギーについて〉

1. アレルギー体質がありますか（ある · ない）

□花粉症 □喘息 □アトピー性皮膚炎 □蕁麻疹 □鼻炎 □その他（ ）

2. アレルギーを起こす食べ物や薬剤がありますか（ある · ない）

「ある」の方は原因となるものを教えてください（ ）

〈嗜好品について〉

1. お酒を飲みますか（はい · いいえ）
2. たばこを吸いますか（はい · いいえ）

〈ご家族の健康について〉

血縁関係の方で、下記の病気がある方はいらっしゃいますか？（はい · いいえ）

「はい」とお答えになった方は該当する病気に○をつけてください

癌（部位 ）・糖尿病・高血圧・心臓病・腎臓病・肝臓病・精神疾患・遺伝病・血栓症

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いたします。

◆医療情報取得加算（初診時）加算 1点 （再診時） 1点（マイナ保険証を利用した場合）