

おおたレディースクリニック問診票

年 月 日

フリガナ		生年月日	年齢
氏名			
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(口おりもの口かゆみ口できもの口その他)

☐ 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）