

※すべてご記入ください

問診票

記載日 年 月 日

ふりがな			
氏名			
生年月日	S. H. R 年 月 日	年齢 歳	血液型 型
住所	〒 (-)		
携帯電話番号		自宅電話番号	
職業	勤務先名		

今日は何のようなことで来院されましたか？<具体的な症状やご質問などをご記入ください>

月経について

初経 歳 閉経 歳 最終月経（一番最近の月経がはじまった日） 月 日から 日間
月経周期（月経の始まる日から次の月経が始まる日までの日数）(ほぼ 日・不順)
月経の様子 固まり 出ない・出る
月経痛 なし・あり → 痛み止めを 飲まない・飲む → 効かない・効く（薬剤名）
性交経験 なし・あり 結婚年齢（ 歳）
妊娠歴 妊娠 回(正常分娩 回 帝王切開 回)最終分娩 歳
(流産 回 妊娠中絶 回) その他 子宮外妊娠 死産 等
輸血歴 なし・あり
肝炎既往 なし・あり (肝炎ウイルス A・B・C ・ 薬剤性)
飲酒歴 なし・あり (1日 合)
喫煙歴 なし・あり (歳から1日 本・ 歳で禁煙した)
過去の病気等 (既往歴)
病名 (歳) 病名 (歳)

薬物アレルギーはありますか なし・あり ()

現在服用中の薬はありますか なし・あり ()

がん検診・健診について

子宮がん検診は受けましたか いいえ ・ はい (年 月に受けた)
乳がん検診は受けましたか いいえ ・ はい (年 月に受けた)
特定健診や高齢者健診を受けましたか いいえ ・ はい (年 月に受けた)

紹介状、健康診断結果などの検査データ、お薬手帳、基礎体温グラフなど拝見いたします。
待ち時間短縮のため、診察室に入るときあらかじめご準備くださいますようお願いいたします。

保険証機能のあるマイナンバーカード（マイナ保険証）をお持ちの方におたずねします
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



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つとめています。正確な情報を取得・活用するため、保険証機能のあるマイナンバーカード（マイナ保険証）の利用にご協力をお願いいたします。