

# 問 診 票

年 月 日

フリガナ  
【氏名】

☎自宅

携帯電話

【住所】

ご主人様の連絡先

年齢 才 身長 cm

【来院目的】

【現在の症状】 症状 ・ 発症時期 ・ 経過等

1. 子宮頸がん検診を最後に受けたのはいつですか。

年 月 ・ 受けていない

2. 今までに重い病気や大きな手術をしたことがありますか。  
(入院や手術を要する病気等)

はい ・ いいえ

病名( ) ・ 時期( )

医療機関名( )

3. 薬・注射・食品などでアレルギーを起こしたことがありますか。

はい 薬品名・食品名( )  
症状( )

いいえ

※裏面もご記入ください。

4. 消毒液・絆創膏に過敏ですか。

はい ・ いいえ

5. 家族や親戚の方に麻酔で亡くなった人はいますか。

はい ・ いいえ

糖尿病、甲状腺疾患、膠原病などの方はいますか。

はい(病名 ) ・ いいえ

続柄( )

6. 現在、妊娠又は授乳中ですか(女性のみ)

はい ・ いいえ ・ 不明

妊娠 週 ・ 授乳中

7. 月経について伺います。

・初潮 才 / 閉経 才 .

・初潮以来月経は順調ですか。

はい ・ いいえ( )

・1年以内の月経周期 日型 / 月経持続日数 日間

・月経の出血量 多い ・ 少ない

血のかたまりはありますか。 はい(大きさ:小指大・親指大) ・ いいえ

・最終月経 年 月 日より 日間

この月経はいつもの月経と量や持続期間などは同じ様子でしたか。

はい ・ いいえ( )

・月経前後に痛みはありますか。

はい(月経前・月経中・月経後) ・ いいえ

8. 性交痛はありますか。

はい ・ いいえ

9. 結婚 S・H・R      年      月      ・ 未婚

同居開始日      年      月

避妊期間はありましたか。 はい(      ) ・ いいえ

10.現在までの妊娠の経験(流産、中絶、子宮外妊娠を含む)をすべてご記入ください。

年	月	日	妊娠	週	出産(♂ ♀	体重	g)	・流産・中絶・外妊
年	月	日	妊娠	週	出産(♂ ♀	体重	g)	・流産・中絶・外妊
年	月	日	妊娠	週	出産(♂ ♀	体重	g)	・流産・中絶・外妊
年	月	日	妊娠	週	出産(♂ ♀	体重	g)	・流産・中絶・外妊
年	月	日	妊娠	週	出産(♂ ♀	体重	g)	・流産・中絶・外妊

☆妊娠中の病気、出産時の状況についても詳しく書いてください☆

※裏面もご記入ください。

11.マイナ保険証による情報取得に同意しましたか。

はい ・ いいえ

12.他の医療機関からの紹介状を持っていますか。

はい ・ いいえ

13. 現在、他の医療機関に通院していますか。

はい ・ いいえ

医療機関名( ) ・ 受診日( )

治療内容( )

14. 現在、処方されている薬がありますか。

(マイナ保険証による情報取得に同意した患者様については、直近1ヶ月以内の処方薬を除き、記載を省略可能)

はい( )・いいえ

15. 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。

(マイナ保険証による情報取得に同意した患者様について、記載を省略可能)

はい ・ いいえ

受診時期( ) ・ 指摘事項( )