

問診票

ID: _____

受診日： 年 月 日

ふりがな				年齢	歳	生年月日	昭・平	年	月	日
氏名										
身長	cm	体重	kg	携帯番号 (ご本人様)						
住所	〒 -			自宅番号						

①.本日はどんなことで診察に来られましたか。(あてはまるものに○をつけてください)

- 1.妊娠かどうか 2.子宮頸がん検診 [大阪市がん検診 / 保険診療] 3.子宮筋腫 4.下腹痛 5.性病検査
6.外陰部 [かゆみ・できもの] 7.おりもの異常 [白色・黄色・褐色] 8.生理以外の出血 9.生理不順
10.更年期 11.不妊相談 12.妊婦4Dエコー [出産予定日 年 月 日] 13.妊婦健診[週]
14.ピル [緊急避妊・生理日調整] 15.膀胱炎 16.プライダルチェック 17.子宮頸がんワクチン
18.その他 []

②.生理(月経)についてお答えください。

初潮[才] 閉経[才]
最近の生理は [令和 年 月 日より 日間]
周期は [日型] [順調・不順]
出血の量[非常に多・多・中・少]
生理痛[強・中・弱・無]

③.結婚についてお答え下さい。

1. [才]のとき結婚した ご主人は現在 [才]、[健在・別居・離婚・死別]
2. 未婚：今までに性交渉は [有・無] (内診が必要か確認の為です)

④.妊娠・分娩についてお答えください。

●現在の子どもは[人] ●人工妊娠中絶は [回] ●流産は[回]

	分娩した年月	性別	児の体重	分娩の種類	異常の時の内容
1	昭・平・令 年 月 日	男 女	g	正常・異常	
2	昭・平・令 年 月 日	男 女	g	正常・異常	
3	昭・平・令 年 月 日	男 女	g	正常・異常	
4	昭・平・令 年 月 日	男 女	g	正常・異常	

⑤.アレルギーについて(薬や食品関係、花粉症なども含め) ※必ず記入してください

- ・アレルギーあり ()
・アレルギーなし

⑥.習慣について

- ・酒 [有・無] ・煙草 [有・無] … (有) の場合は [1日 本]
・服用中の薬 [有・無] … ()

⑦.今までかかった主な病気、受けた手術について(婦人科以外も含めて)

- ・病気になったり手術をうけたことは [有・無]
・主な病気は () (歳時)
・手術は () (歳時)

★オンライン資格確認システムによる患者様情報等の活用について★

当院では、患者様への適切な医療提供を目的にオンライン確認システムを導入しております。厚生労働省の規定により医療情報・システム基盤体制充実加算の算定をさせていただきます。