

■ つちや 整形 外科 婦人科 クリニック ■

ID _____

【婦人科 初診受付用紙】

□に✓をご記入下さい。

令和 年 月 日

ふりがな		生年月日	□ 昭和 □ 平成 □ 令和
氏名		年齢	年 月 日 (歳)
住所	〒 _____		
電話番号	() - ()	結 婚	□ 有(歳の時) □ 無 □ 離婚
本人の携帯番号	() - ()	本人職業	
夫の氏名	(歳)	夫の職業	

□には✓をご記入下さい。

今回の診察の目的	<input type="checkbox"/> 下腹部痛 <input type="checkbox"/> 出血がある <input type="checkbox"/> おりものが多い <input type="checkbox"/> かゆみがある <input type="checkbox"/> 子宮がん検診 <input type="checkbox"/> 妊娠かどうか <input type="checkbox"/> 不妊相談 <input type="checkbox"/> HPVワクチン相談・接種 <input type="checkbox"/> その他 ()		
内診による診察	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 性経験 (あり・なし)		
最終月経	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		
普段の月経の周期	<input type="checkbox"/> 整(日型) <input type="checkbox"/> 不整(日~ 日) <input type="checkbox"/> 閉経 歳		
もし妊娠の場合	<input type="checkbox"/> 出産を希望する <input type="checkbox"/> 希望しない		
今までにかかったことのある病気	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 肝臓の病気 <input type="checkbox"/> 腎臓の病気 <input type="checkbox"/> 甲状腺の病気 <input type="checkbox"/> 心臓の病気 <input type="checkbox"/> その他 ()		
今までに手術を受けたことがありますか? <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある いつ、どんな手術を受けましたか? ()			
アレルギーはありますか? <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある → 何が原因で、アレルギーがでますか? () 薬のアレルギーはありますか? <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 現在、服用中のお薬はありますか? <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ※お薬手帳をお持ちの方は、受付までご提出ください HPVワクチンをご存じですか? <input type="checkbox"/> 接種済み <input type="checkbox"/> 接種してない <input type="checkbox"/> 知らない			

今までの妊娠	回	出 産	回	流 産	回	中 絶	回
出産年月日	妊娠週数	体 重	男・女	健・否	妊娠中の状態	分娩の状態	施 設 名
1		g			正常・異常	自然・帝王切開	
2		g			正常・異常	自然・帝王切開	
3		g			正常・異常	自然・帝王切開	
4		g			正常・異常	自然・帝王切開	

ご紹介いただいた方の氏名 _____ 様

マイナ保険証に関して	マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 本日、他の医療機関からの紹介状を持っていますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ここ一年で検診（特定健診及び高齢者検診に限る）を受診しましたか? （マイナ保険証による情報取得に同意された方は記載省略可） <input type="checkbox"/> はい（いつ頃： 月頃）（指導事項： ） <input type="checkbox"/> 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します。

※この問診票は、診察を円滑に行うために利用させていただきます ご了承ください