

婦人科

外来受診の方へ

20 年 月 日 (曜日)

フリガナ 氏名	生年月日	昭和・平成	年	月	日 (歳)
	ご連絡先				
ご住所	〒 _____				
マイナンバーカード で受付される患者様	マイナ保険証による診療情報(薬や健診データ)取得に同意されますか？ (はい・いいえ) 本日、他の医療機関からの紹介状(診療情報提供書)はお持ちですか？ (はい・いいえ)				

◎本日は、どのような理由で受診されましたか？

症状： _____ 日前から
<input type="checkbox"/> 月経痛 <input type="checkbox"/> 不正出血 <input type="checkbox"/> 陰部のかゆみ・痛み・おりものが多い <input type="checkbox"/> 性病の検査
<input type="checkbox"/> 月経異常 (来ない・不順・多い・少ない) <input type="checkbox"/> 月経移動 <input type="checkbox"/> 子宮がん検診 (頸がん・体がん)
<input type="checkbox"/> 更年期障害 (もう一枚問診票あります) <input type="checkbox"/> 緊急避妊 (アフターピル) <input type="checkbox"/> 避妊目的のピル希望
【その他記入欄】

初経 _____ 才 閉経 _____ 才 妊娠の可能性はありますか？ (ある ・ ない)
最終月経 開始日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日 出血の持続 : _____ 日間
性経験の有無 (ある ・ ない)
妊娠回数 (_____ 回) 出産回数 (_____ 回) 流産 (_____ 回) 最後の出産 (_____ 歳)
帝王切開の有無 (ある ・ ない)

◎子宮がん検診を受けた事がありますか？ (ある ・ ない)
最終検査 _____ 年 _____ 月 : 正常 ・ 異常 (_____)

◎かかりつけの病院はありますか？ なし ・ あり (_____)

◎今までかかった病気はありますか？ いいえ ・ はい (年齢 _____ 才) (病名 _____)

◎現在、お薬 (サプリメント含む) を飲んでいますか？
いいえ ・ はい (薬品名 _____)

◎アレルギーはありますか？ (例：お薬、食べ物、金属、花粉など)
いいえ ・ はい (_____ アルコール : かぶれる ・ かぶれない)

◎喫煙はしますか？ いいえ / 現在喫煙中 ・ 過去喫煙 (_____ 本 / 日 _____ 年間)

◎飲酒はしますか？ いいえ ・ はい (1日 _____ 本 ・ 杯 / _____ ml程度)

当院は、マイ保険証の利用や問診票を通じて患者様の診療情報を取得・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、マイ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

◆初診 医療情報取得加算 1 (マイ保険証を利用していない場合):3点(月1回) 加算 2 (マイ保険証または診療情報を受けた場合):1点(月1回)

◎来院のきっかけ…口コミで(_____ 様)、ホームページ、net、Google、その他 (_____)