

婦人科問診表

受診日 年 月 日

住所： 氏名：

電話： 携帯： 生年月日： 昭・平・令 年 月 日 (歳)

1. 今回受診された目的・症状は何ですか？（複数回答可）
 - ①子宮がん検診 ②乳がん検診 ③月経不順 ④月経の時の痛み ⑤月経の遅れ ⑥月経量が多い
 - ⑦妊娠の判定 ⑧月経以外の出血 ⑨夫婦関係の後の出血 ⑩おりものが心配 ⑪外陰部の痛み・かゆみ・できもの ⑫下腹部の痛み・不快感 ⑬尿が近い・もれる・残尿感 ⑭不妊相談
 - ⑮避妊相談 ⑯更年期障害に関する相談 ⑰婦人科受診を勧められたため
 - ⑱その他 ()
2. 月経について
 - ①順調・不順 ②最近の月経 (月 日より 日間) ③閉経 (歳)
 - ④現在妊娠中：妊娠 () 週
3. 妊娠・分娩について
 - ①結婚：既婚・未婚 ②妊娠：ある () 回・ない
 - ③分娩：ある () 回 [初産 () 歳・帝王切開 () 回]・ない
4. 今まで婦人科の病気にかかったこと、婦人科の手術を受けたことがありますか？
ある (病名：)・ない
5. 血のつながった方に子宮がん・乳がんの方はいらっしゃいますか？
ある (続柄：)・ない
6. 最近2年以内に子宮がん検診を受けたことがありますか？
ある (いつ： 年 月頃) (どこで：保健センター・医療機関・その他)・ない
(結果：異常あり・異常なし)
7. 最近2年以内に乳がん検診を受けたことがありますか？
ある (いつ： 年 月頃) (どこで：保健センター・医療機関・その他)・ない
(結果：異常あり・異常なし)
8. 現在、他の医療機関に通院されていますか？
はい (医療機関名： 疾患名：)・いいえ
9. 薬や注射の副作用、食物等のアレルギーを指摘されたことがありますか？
ある (副作用、アレルギーの内容：)・ない
10. 何で当院をお知りになりましたか？
 - ①他院からの紹介 ②知人からの紹介 ③看板 ④インターネット ⑤その他 ()
11. マイナ保険証を利用される方は、診療情報取得に同意されましたか？
はい・いいえ・利用せず

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まいります。正確な情報を取得・活用するため、マイナンバーカードの保険証としての利用にご協力をお願いいたします。なお、初診時に限り、医療情報・システム基盤整備体制充実加算1：4点、マイナンバーカードを保険証として利用した場合は、同加算2：2点を診療費に加算させていただきますのでご了承ください。