

みなみレディースクリニック診療問診票

令和__年__月__日

フリガナ
お名前 _____様

生年月日 M T S H _____年____月____日 年齢 _____歳 ご職業_____

郵便番号 _____ 携帯番号 _____

住所 _____

血液型 _____型 Rh(____) 身長 _____cm 体重 _____kg

1、本日の診療はマイナ保険証を利用して診療情報取得することに同意します。 はい いいえ

2、本日他の医療機関からの紹介状をお持ちですか。 はい いいえ

3、今日はどうなさいましたか？

- 不正出血がある
- 月経困難症・PMS について
- 月経不順
- 妊娠の可能性
妊娠検査薬を試されましたか？
 未検 陽性 (出産を希望する 出産を希望しない)
- 下腹部痛・腰痛
- おりものが多い
- 陰部 (痛い はれている かゆい)
- 避妊相談 (子宮内避妊具 低用量ピル 緊急避妊法)
- 子供がほしい
- 更年期診断 (卵巣ホルモン値、骨密度測定、抑うつ性自己評価尺度、簡略更年期指数を含む)
- 卵巣年齢チェック ※一部保険適応外 (およそ¥12000)
- プラセンタ
- ビタミン注射 (美白、にんにく注射など)
- 生理をずらしたい
- 頻尿・残尿感がある
- 乳腺エコー (第4金曜日午後)
- 婦人科検診を受けたい
 - 子宮頸がん検診 (クーポン使用 横浜市検診 その他)
 - 子宮体がん検診 ブライダルチェック STDチェック ヘルスチェックプラン
- 思春期相談 (面談料は自費となります)

※裏面へ続きます→

4、月経について

- 初経年齢 _____ 歳
- 最近の月経 _____ 月 _____ 日から _____ 日間
- 月経 順調 (_____ 日型) 不順
- 閉経年齢 _____ 歳

5、結婚・妊娠・出産について

- ご結婚されていますか？ はい (結婚年月 S・H・R _____ 年 _____ 月) いいえ
 - 性交の経験はございますか？ はい いいえ
 - 妊娠の経験はございますか？ はい いいえ
- 妊娠 _____ 回 出産 _____ 回 (経腔 _____ 回/帝切 _____ 回) 自然流産 _____ 回 人工中絶 _____ 回

6、現在治療中の病気および服用中の薬がありますか？ (マイナ保険証の利用に同意された方は記載不要です) はい いいえ

傷病名、薬品名 _____

7、今まで手術を受けたり、何らかの治療を受けたことはありますか？ はい いいえ

病名、手術名 _____

8、今まで薬や食べ物などでアレルギーはありますか？ はい いいえ

アレルギー名 _____

9、その他、何かありましたらお書き下さい。

10、当院を何でお知りになりましたか？

- 新聞折り込み 知人の紹介 インターネット その他(_____)

※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ください。