初診問診票 年 月 日

フリガナ

お名前 　 （ 才） 　　年　　月　　日生

身長 　㎝ 体重 　㎏

住所　〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話（　　　）　　　-

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おります。

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申し上げます。

・マイナ保険証による診療情報取得に同意（する・しない）

・他医療機関からの紹介状（あり・なし）

□妊娠かどうか

　　月 日 妊娠検査薬 （ 陽性・陰性 ）最終生理開始　　月　　日

　→　妊娠している場合

　　　分娩希望（分娩希望病院　①　　　　　　　　②　　　　　　　・里帰り ）

　　　分娩できない（手術希望）

□本日はどうされましたか？

・いつから　どのような症状ですか

（　　　　　）

□子宮がん検診　□ワクチン接種

□前からある病気の定期健診 病名（ ）

□その他（ ）

　　　　　　　　　　　　　　　　（裏に続く）

□薬・食品やその他アレルギーはありますか？ ( いいえ・はい )

　→アレルギーの薬名・食品名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

□生理について　　 初経 　才 　　　閉経 　　才 　　最終生理開始日　　　月　　　日

　生理周期 　　 日周期（順・不順） 持続 　　日間

　生理量（ 少・中・多 ） 生理痛（ なし・弱・中・強 ） 生理中に痛み止め（ 飲む・飲まない ）

□性交渉の経験はありますか？ （ なし・あり ）

□結婚していますか？ ( 既婚・未婚 ) 結婚 　才 　　夫　現在　　才

□過去の妊娠・分娩について該当する事項を記入してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 年齢 | 分娩様式 | 出生体重(g) | 異常の有無 |
|  | 自然 ・　帝王切開 　・　 流産 |  |  |
|  | 自然 ・　帝王切開 　・　 流産 |  |  |
|  | 自然 ・　帝王切開 　・　 流産 |  |  |
|  | 自然 ・　帝王切開 　・　 流産 |  |  |

□子宮癌検診 ( 受けてない・受けた ) 最終検診 　年 　月 → 正常・ 異常

□１年内に特定健診及び高齢者健診を受診しましたか？( いいえ・はい )

□今まで病気をした事がありましたか？ ( いいえ・はい )

＊はいの方は下記も記入してください

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 年齢 | 病名 | 治療 |
|  |  | 手術　・　内服 |
|  |  | 手術　・　内服 |
|  |  | 手術　・　内服 |
|  |  | 手術　・　内服 |

肝炎にかかりましたか　（　はい・いいえ ）　輸血しましたか　　（　はい・いいえ ）

**喘息になったことありますか（　はい・いいえ　）**

□現在、通院されている病院や内服している薬はありますか？

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 年齢 | 病名 | くすり | 病院名 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

□タバコは吸いますか？ ( いいえ・はい ) １日 　　本 　　年間

□飲酒はしますか？ ( いいえ・はい ) 　　週 　　日

