

婦人科問診表

下記の該当事項にチェック又は記入をしてください

年 月 日

フリガナ 昭・平・令
氏名 _____ 生年月日 西 暦 _____ 年 月 日(才)

〒 _____ 住所 _____ 電話 _____ () _____

携帯 _____ () _____

初診(当院での受診は初めて) 再診(前回の来院 年 月頃)

本院・海老名の通院歴(あり・なし)

本日の来院目的

月経異常 生理痛 月経前の不調 更年期障害 妊娠したい

がん検診 不正出血 おりもの異常 性器のかゆみ

ピル希望(避妊用・生理痛緩和または生理不順用) アフターピル希望

月経移動(月 日~ 月 日を避けたい)

その他 具体的に()

月経について

1.最終月経はいつでしたか

年 月 日~ 月 日まで 覚えていない 閉経している(歳)

2.生理は順調ですか はい いいえ

3.周期は 日型で 日間

4.生理痛はありますか 有 無

5.初潮は(才)

結婚について

している していない

今までの妊娠・分娩について

※前回記入している場合は不要

正常分娩 回 自然流産 回 その他()

異常分娩 回 人工中絶 回

	生年月日	健 否	性 別	生下時体重	妊娠、分娩経過	分 娩 施 設
第 1 回					正常・異常	当院・他院
第 2 回					正常・異常	当院・他院
第 3 回					正常・異常	当院・他院
第 4 回					正常・異常	当院・他院

今までに大きな病気や手術をした事がありますか

無 有()

アレルギーや異常体質

無 有()

今、飲んでいる薬はありますか

お薬手帳がある方は提出してください

いいえ はい()

緊急時の輸血について

可 不可

身長 _____ cm 体重 _____ kg

他の医療機関からの紹介状はお持ちですか はい いいえ

マイナ保険証(保険証と紐づけされたマイナンバーカード)はお持ちですか はい 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いたします。

◆医療情報取得加算 1…3 点 加算 2(マイナ保険証利用時)…1 点

