

患者 ID

 D C

(クリニック使用欄)

## 問 診 票

記入日 令和 年 月 日

氏名	フリガナ	生年月日	歳
		昭和 平成 年 月 日 令和	
住所	〒	電話番号	
		携帯	

マイナ保険証による診療情報取得について : 同意する 同意しない

本日 紹介状 : なし あり

身長 ( ) cm 体重 ( ) kg 職業 :

1. 本日はどんな症状、目的で 受診されましたか? ( 記入例 : 生理痛がひどい、妊娠しない、妊娠診断 … )

2. 月経について

初めて月経があったのは ( ) 歳 閉経 ( ) 歳

最後にあった月経は ( ) 月 ( ) 日 ~ ( ) 月 ( ) 日

月経周期 ( 月経開始日から翌月の月経開始前日までの日数 ) は

短いときで ( ) 日、長いときで ( ) 日

月経の持続日数は ( ) 日間

月経時の痛みは ( ない 許容範囲内 強い )

月経血の量は ( 少ない 正常範囲内と思う 多い )

3. 結婚、妊娠、分娩について。

 現在 妊娠中 現在 授乳中

性交の経験はありますか? ( はい いいえ )

結婚は している ( 同居 単身赴任 離婚 死別 )

していない ( 同棲中 婚約中 )

これまで妊娠した回数は ( ) 回 そのうち 流産は ( ) 回、中絶は ( ) 回

分娩は ( ) 回 子供は ( ) 人

4. これまでに かかったことのある病気、現在 治療中の病気はありますか? ( 複数可 )

喘息 糖尿病 高血圧 腎疾患 肝疾患 心疾患 脳梗塞 血栓症 緑内障

その他 ( )

5. タバコは ( 吸う 本/日 吸わない )

6. 薬・注射、食品などで アレルギー症状がみられたことが ありますか?

ない ある ( 薬・食品の名前 等 : )

7. 家族の中に がん・高血圧・糖尿病 など になった方はいますか? ( )

8. 当クリニックをどのようにお知りになりましたか? さしつかえなければお答え下さい。

a. 以前からアリオ医療フロッアーを利用 b. ホームページ c. インターネット検索

d. 駅看板 e. バスの壁面広告 f. 知人の紹介 g. 家族の紹介

h. その他 ( )

当院は診療情報の取得・活用により、質の高い医療の提供に努めています。正確な情報の取得・活用のためにマイナ保険証もご利用下さい。

◆ 医療情報・システム基盤整備体制充実加算 [初診時] 加算 1: 6 点、加算 2: 2 点(マイナ保険証 利用時) [再診時] 加算 3: 2 点(月 1 回)