

初 診 問 診 表

(※医療費受給者証もお持ちの方は必ず受付にご提示ください。)

ふりがな _____

氏名 _____ 職業(_____) 生年月日 昭・平 _____年 _____月 _____日 (_____才)

住所 〒 _____

電話番号 _____

血圧を測定し受付に用紙をお持ちください

_____/_____(_____) *看護師記入欄

- 本日紹介状はお持ちですか はい いいえ
- マイナ保険証（保険証と紐付けされたマイナンバーカード）での受付をされましたか はい いいえ
上記「はい」の場合→本日、診療情報取得に同意されましたか はい いいえ
- どのようなことで来院されましたか をつけてください
1.不正出血 2.がん検診 3.月経不順 4.月経痛が強い、月経の出血量が多い 5.おりものの異常
6.陰部のかゆみ 7.月経移動 8.避妊の相談（低用量ピルなど） 9.緊急避妊ピル(アフターピル)
10.受診を勧められた 11.子宮頸がんワクチン 12.その他(_____)
- いつ頃から症状がありましたか (_____)
- 最終月経 _____年 _____月 _____日 ~ _____日間(_____日周期)
- 初経 _____歳 • 閉経 _____歳
- 性交経験はありますか はい いいえ
- 結婚されていますか はい いいえ
- 現在、妊娠中又は授乳中ですか はい(妊娠 _____ヵ月) 授乳中 はい
いいえ
- この1年間で健診（特定検診及び高齢者健診に限る）を受診されましたか
※マイナ保険証による情報取得に同意頂いた方は、省略可。
はい 受診時期(_____) 指摘されたこと(_____)
いいえ
- 子宮がん(頸がん・体がん)検診を受けたことがありますか はい(_____年 _____月) いいえ
- 以下の病気と言われたことがありますか、または通院中の病気はありますか
はい いいえ
心臓の病気 高血圧 糖尿病 脳の病気 甲状腺の病気 喘息 緑内障
その他(_____)
通院中の医療機関名(_____) 最終受診日(_____年 _____月)
- 手術歴はありますか はい 手術名(_____) 医療機関名(_____)
いいえ

裏面もご記入ください→

• アレルギーはありますか

薬 はい () いいえ
食べ物 はい () いいえ
症状 ()

• 現在内服中の薬はありますか お薬手帳をお持ちの方はご提出ください

※マイナ保険証による情報取得に同意頂いた方は、直近 1 ヶ月以内の処方薬以外は省略可。

はい () いいえ

• たばこは吸いますか はい いいえ

• 妊娠・分娩歴 ※西暦での記入をお願いします

(西暦)年	月	人工流産	流・早産	分娩方法	性別
				経膣 / 帝王切開	
				経膣 / 帝王切開	
				経膣 / 帝王切開	

• 当院をお知りになったきっかけを教えてください

- 1.当院ホームページ(携帯) 2.当院ホームページ(パソコン) 3.札幌市がん検診クーポン使用施設一覧
4.家族・友人のすすめ 5.オントナ 6.他院からの紹介 7.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をお願いいたします。

◆医療情報取得加算 1 (初診時) 3 点 加算 2 (マイナ保険証を利用した場合) 1 点