

産婦人科初診問診表

記入日 年 月 日

住所	〒 (-) <ダウンロード版>		
ふりがな		生年	昭・平・令・西暦
氏名	(女・男)	月日	年 月 日 (歳)
電話 番号	自宅 - -	職業	
	携帯 - -	紹介	他院からの紹介状： あり・なし
	緊急連絡先 - - 続柄()		知人からの紹介：

●今日はどうされましたか？あてはまるものに○をつけてください。

- | | |
|-------------------------|--------------------------|
| ① 妊娠判定 | ⑦ 排尿の異常 (痛み・頻尿) |
| ・妊娠を継続する | ⑧ おりものの異常 |
| ・妊娠を継続しない | ⑨ 更年期障害 (のぼせ・めまい・冷え・肩こり) |
| 市販の妊娠検査薬を | ⑩ 不妊の相談 |
| ・実施 (月 日 陽性・陰性) | ⑪ 避妊の相談 |
| ・実施していない | ⑫ 緊急避妊ピル |
| ② 生理不順 | ⑬ 生理予定日の変更 |
| ③ 出血 | ⑭ 乳房トラブル (授乳における) |
| ④ 生理の異常 (長引く・多い・少ない・痛む) | ⑮ 子宮がんの検査 |
| ⑤ 腹痛・腰痛 | ⑯ 性病の検査 |
| ⑥ 外陰部の異常 (かゆみ・痛み・その他) | ⑰ その他 () |

* おたずね

生理について *****

初潮 (才)

最終月経 (月 日から 日間)

生理周期 (日型) ・ 不順

※生理が始まった日～次の生理が始まる前日までの日数

閉経 (才)

性経験 (有 ・ 無)

妊娠歴 () 回 (今回含まず)

正常分娩 _____ 回、帝王切開 _____ 回

中絶回数 _____ 回、流産回数 _____ 回

既婚 (結婚 才) ・ 未婚

身長 (cm) 体重 (kg)

血液型 (型) Rh 型 (+ ・ -)

喫煙 (有 ・ 無)

過去の病気・治療中の病気 (有 ・ 無)

現在飲んでいる薬は (有 ・ 無)

アレルギー (有 ・ 無)

薬：

食べ物：

ぜんそく ・ 花粉症 ・ アトピー

その他：

※有に○をつけた方は詳細をお書きください

マイナ保険証およびオンライン資格確認による病院の診療情報取得に同意されますか？ (同意する・同意しない)

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・システム基盤整備体制充実加算 1 (初診日・マイナ保険証を利用しなかった場合)：6点

◆ 医療情報・システム基盤整備体制充実加算 2 (マイナ保険証を利用した場合)：2点

医療法人緑生会 あびこクリニック

体調確認の問診表

<ダウンロード版>

院内感染防止のため、以下ご申告にご協力をお願い申し上げます。
はい・いいえ・あてはまる症状 に○をつけてください

■以下の症状がありますか？

- ・37.5℃以上の発熱
- ・咳、喉の痛み、鼻水などの風邪症状
- ・嘔吐
- ・下痢
- ・7日以内に上記の症状があった

いいえ（上記の症状はない）

■7日以内に新型コロナウイルス陽性と診断された。

はい（発症日 年 月 日）

いいえ

■現在、同居ご家族、もしくは職場などで接する方に、 下記の症状がある方はいますか？

- ・37.5℃以上の発熱
- ・咳、喉の痛み、鼻水などの風邪症状
- ・嘔吐
- ・下痢

はい → （受診をする患者様からみて）どなたですか？

- ・配偶者 ・子 ・父 ・母 ・兄弟 ・祖父 ・祖母
- ・職場など近くで接することがある方 ・その他（ ）

いいえ

■現在、下記の薬を飲んでいますか？

かぜ薬 ・熱さまし ・痛み止め ・ステロイド剤

はい

いいえ