

問診票

赤坂とも内科

ご記入日： 年 月 日

ふりがな お名前		昭和・平成・令和 年 月 日生 歳
住所	〒() - ()	自宅 TEL: 携帯 TEL:

★次の質問にお答え下さい。

ID ()

質問事項	回答	
●これまでに緊急避妊薬（アフターピル）を服用したことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
●一番最近の生理が始まった日をご記入ください。	月 日から	日間
●生理の周期をご記入ください。	順調・不順	日周期
●最後に性交した日時をご記入ください。	月 日	時
●最終の性交以前の性交日をご記入ください。	月 日	
その時、避妊はされましたか。あてはまるものに○をしてください。 避妊していない・コンドーム・ピル内服・避妊リング・その他 ()		
●現在、授乳中ですか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
●現在服用中の薬剤やサプリメントはありますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
『はい』とお答えの方は服用中の薬剤をご記入ください。()		
●お薬や食べ物でアレルギーが出たことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
『はい』とお答えの方は薬剤名や食品名をご記入ください。()		
●胆道疾患や肝機能障害の診断を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
●心疾患や腎疾患、またはその既往がありますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
※ その他 気になる事があれば、ご記入下さい。		
●マイナ保険証による診療情報取得について(限度額認定証) <input type="checkbox"/> 同意する		

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

マイナ保険証を利用しない場合…初診時 加算 1 4点

マイナ保険証を利用する場合…初診時 加算 2 2点