

ご記入日： 年 月 日

問診票

赤坂とも内科

ふりがな		昭和・平成・令和	
お名前		年	月 日生 歳
住所	〒() - ()	自宅 TEL:	体温 ()℃
		携帯 TEL:	紹介状 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

★次の質問にお答え下さい。

質問事項

●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。 はい 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。 はい いいえ

●現在 他の医療機関に通院していますか？（※ある場合は、医療機関名、受診日、治療内容等をご記入下さい。）
 ある → 医療機関名 ()
 ない 受診日 ()
治療内容 ()

●現在 服用中のお薬がありますか？（※ある場合は、お薬名、用量、投薬期間等をご記入下さい。お薬手帳をお持ちの方は、受付にご提示下さい。マイナ保険証による情報取得に同意していただいた患者様は、直近1ヶ月以内の処方薬を除き、記載を省略可能です。）
 ある → お薬名 ()
 ない 用量 ()
投薬期間 ()

●これまでにお薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか？（※ある場合は、お薬名や食品名、症状等をご記入下さい。）
 ある → お薬名 ()
 ない 食品名 ()
症状 ()

●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。 はい いいえ

●心疾患や腎疾患、またはその既往がありますか。 はい いいえ

●これまでに大きな病気（入院や手術を要する病気等）にかかったことがありますか？
 ある ない（※ある場合は、病名、時期、医療機関名、治療内容等をご記入下さい。）
病名 ()
時期 ()
医療機関名 ()
治療内容 ()

●この1年間で健診（特定健診及び高齢者健診に限る）を受けたことがありますか？
（※ある場合は、受診時期、指摘事項等をご記入下さい。マイナ保険証による情報取得に同意していただいた患者様は、記載を省略可能です。）
 ある → 指摘事項 ()
 ない 受診時期 ()

※ 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） 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。