

## 問診票

赤坂とも内科

ご記入日： 年 月 日

ふりがな		大正・昭和・平成・令和	自宅 TEL:	身長	cm
お名前		年 月 日生 歳	携帯 TEL:	体重	kg
住所	〒( ) - ( )		妊 娠: 有・可能性あり・無	体温 ( )	°C
			授乳中: 有・無	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

●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 『はい』とお答えの方にお尋ねします。ピルの種類 ( ) 内服期間 ( )
●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
●今回、ピルを希望される目的は何ですか。 <input type="checkbox"/> 避妊 <input type="checkbox"/> 月経前症候群 (PMS) <input type="checkbox"/> 生理痛 <input type="checkbox"/> 生理の量が多い <input type="checkbox"/> 生理不順 <input type="checkbox"/> ニキビ・肌荒れ <input type="checkbox"/> 緊急避妊 <input type="checkbox"/> 更年期障害 <input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> その他 ( )
●喫煙しますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 『はい』とお答えの方にお尋ねします。喫煙年数 ( ) 年 喫煙本数 (1日 本)
●今まで下記の診断をされたことがありますか。 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 血栓性静脈炎 <input type="checkbox"/> 肺塞栓症 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 冠動脈疾患 <input type="checkbox"/> 心臓弁膜症 <input type="checkbox"/> 心血管系疾患 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 胆道疾患 <input type="checkbox"/> 肝障害 <input type="checkbox"/> 脂質代謝異常 (高脂血症など) <input type="checkbox"/> 乳がん <input type="checkbox"/> 子宮がん
●手術をされる予定がある。または1年以内に手術を受けられましたか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
●激しい頭痛や片頭痛があったり、目がかすんだりすることがありますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
●最近 (半年以内に) 生理以外の出血はありましたか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
●子宮がん検診を受けたことはありますか。 <input type="checkbox"/> はい ( 年 月) <input type="checkbox"/> 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。) <input type="checkbox"/> ある → 医療機関名 ( ) <input type="checkbox"/> 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。) <input type="checkbox"/> ある → お薬名 ( ) <input type="checkbox"/> 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。) <input type="checkbox"/> ある → お薬名 ( ) <input type="checkbox"/> ない 食品名 ( ) 症 状 ( )
●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? <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 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) をう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。) <input type="checkbox"/> ある → 指摘事項 ( ) <input type="checkbox"/> ない 受診時期 ( )
●ご家族に心血管障害、血栓症、乳がんと診断された方はいますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ご家族のどなたが何のご病気をお持ちですか。 ( )
●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。

BP / mmHg