

◆女性用 問診表◆ ご自身でのご記入が難しい場合は、お気軽に受付にお伝えください。

記入日 : 令和 年 月 日

ふりがな

氏名

生年月日 (明・大・昭・平) 年 月 日 (歳)

ご住所 〒 -

連絡先電話番号 () - 携帯・自宅・勤務先

☆マイナ保険証により診療情報取得に同意しましたか? はい、いいえ

☆症状はいつからどのような症状ですか? あてはまる症状に ○ をおつけください。

いつ頃からですか?

尿の回数が多い 尿が出にくい 排尿時痛 けつ によ 尿 によ 失禁 残尿感

健診で異常があった () 腹痛 腰痛

外陰部の異常 その他 ()

☆今までかかったことのある病気に ○ をおつけください。

高血圧 糖尿病 高コレステロール血症 心臓病 肝炎

精神疾患 () その他 ()

手術 ()

☆おくすりのことについておきかせください

おくすり手帳を本日 持ってきている 持ってきていない 持っていない

※本日、おくすり手帳をお持ちでない患者さんにご記入をお願いします

現在の飲んでるくすり・・・ない ある

⇒ のんでるくすりは何ですか? ()

くすりのアレルギー・・・・・・・・・・・・・・・・ がある ない

⇒ ある方は何のくすりですか?

かぜ薬 抗生物質 造影剤(ヨード) アルコール その他

☆食べ物のアレルギーはありますか? ある ない

⇒ ある方は何のアレルギーですか? ()

☆その他 該当するものに ○ をつけてください。

現在妊娠の可能性がある、妊娠中である、授乳中である

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おります。

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加算(初診時)加算1:4点、加算2:2点(マイナ保険証を利用した場合)

※記入が終わりましたら、お手数ですが受付までお持ちください。

ご記入ありがとうございました