

初診問診票

ふりがな

お名前 _____ 生年月日 S・H _____ 年 _____ 月 _____ 日

ご住所 〒 _____

お電話番号 _____ - _____ (必ずご記入下さい)

*来院された理由(当てはまるものに○をつけて下さい)

生理(不規則・生理痛・量が多い・来ない) 不正出血 不妊
おりもの 外陰部のかゆみ 性感染症 風邪 膀胱炎 更年期
その他(具体的な症状をお書き下さい)

(_____)

*ご希望の検査・治療

妊娠検査(市販の妊娠検査では検査しましたか? した・しない → 陽性・陰性)
子宮癌検診 性感染症検診 サプリメント検診 ブライダル検診
避妊:(低用量ピル・避妊リング) 緊急避妊 生理日を移動
プラセンタ療法 ビタミンカクテル注射 ホルモン療法 ピアス
予防接種(子宮頸癌・インフルエンザ・風疹・B型肝炎)

*生理、妊娠、結婚についてお聞かせください

・最近の生理日・ 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日から _____ 日間・ 現在生理中・ 閉経()才
・妊娠したことはありますか? ない・ある _____ 回(そのうち分娩 _____ 回)
・結婚していますか? はい・婚約中(_____ 月頃結婚)・いいえ

*今までかかった病気について

高血圧 糖尿病 喘息 アレルギー(_____) その他(_____)

*入院、手術、長期間の通院が必要だった病気

(_____)

*内服中の薬があればご記入ください

(_____)

*こちらのクリニックをどのようにしてお知りになりましたか?

ホームページ | タウンページ 東北日和 femalelife.jp go-fujinka
広瀬通駅看板 勾当台公園駅看板 瀬戸勝P 当ビル せんだいくらしのガイド
シティリビング 子宮癌検診の案内 友人、知人(_____ 様)の紹介 その他

※令和5年4月1日よりマイナンバーカードによる資格確認を実施しております

ご利用される方は必ず、機械の前にある同意確認の用紙へ記入の上、受付に提出をお願いいたします

当院は診察情報を取得・活用することにより、質の高い医療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。

*医療情報取得加算 【初診時】月に1回 (加算1) 3点 (加算2) 1点
【再診時】3カ月に1回 (加算3) 2点 (加算4) 1点