

再 診 問 診 票

お名前 _____

診察券番号 ID _____

* 来院された理由(当てはまるものに○をつけて下さい)

- ・前回受診し、
 - ・来るように言われた
 - ・検査結果を聞きにきた
 - ・治療後の再検査を受けにきた
 - ・前回と同じ薬を希望する
 - ・前回と同じ症状が・・ 続いている
 - ・ また出現した
- 症状 (_____)
- ・前回とは別の症状
 - 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(市販の妊娠検査をしましたか? 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 プライダル検診
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
- ・最近の生理は・・ (規則的に来る・ 不規則・ 量が多い・ 痛みが強い)

* 当院では、子宮頸がん検診を定期的を受けて頂きたいと考えております

- ・子宮頸がん検診を受けたことがありますか?
 - いいえ・ はい → いつでしたか? 今年・ 去年・ 2年以上前
- ・本日、子宮頸がん検診を希望なさいますか?
 - 受けたい 保険が効くようなら受けたい 希望しない

※お名前や電話番号・住所のご変更がある場合は、ご記入下さい

※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・システム基盤整備体制充実加算(初診時) 加算1 4点・加算2 2点