

予約時間 _____

予約なし

問 診 票

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。

マイナンバーカード利用なし

マイナ保険証で診療情報提供に同意
※カードリーダーでの同意が必要です※

受付番号 _____

カルテ番号 _____

ふりがな _____

お名前 _____

身長 _____ cm 体重 _____ kg

生年月日 (大正・昭和・平成・令和) _____年 _____月 _____日

年齢 _____ 歳

■ どのような症状で受診されましたか (いつから症状があるかもご記入ください)

(_____)

■ 子宮がん検診を受けた事がありますか

ない ・ ある _____年 _____月 (病院名: _____)

→ 異常はありましたか ない ・ ある

■ 今回子宮がん検診は希望されますか : 希望する ・ 希望しない

■ 最終月経 : _____年 _____月 _____日 (_____日間)

■ 初経 (_____歳) ・ 閉経 (_____歳)

■ 月経周期 : 順調 (_____日周期) ・ 不順

■ セックスの経験 : ない ・ ある

■ 結婚について : 未婚 ・ 既婚 ・ 離別

■ 妊娠回数 (_____回)

そのうち 出産 (_____回)、流産 (_____回)、中絶 (_____回)

■ 喘息はありますか ない ・ ある

■ アレルギーはありますか ない ・ ある

■ 今まで手術をされたことはありますか

ない ・ ある (_____)

■ 現在内服している薬はありますか ない ・ ある (_____)

■ おくすり手帳はお持ちですか ない ・ ある (自宅にある)