マイナ・資格確認書　問診票　　年　月　日

フリガナ
氏名　　大・昭・平　年　月　日（　歳）

住所

ご連絡先　①自宅(　　)　②携帯(　　)

※当院より症状確認のお電話や、検査結果の郵送が発生する場合がございます。　可・不可

Ⅰ来院された理由をお書きください

1.妊娠かどうか：市販の妊娠検査薬で試した方（陰性・陽性）⇒(分娩・中絶・その他)を希望している
2.不正出血　3.子宮がん検診　4.性病検査　5.おりものが多い　6.腹痛　7.外陰部が痒い　8.生理痛
9 生理不順　10.不妊相談　11.低用量ピル　12.緊急避妊　13.避妊相談　14.ブライダルチェック
15.更年期症状　16.生理日の変更（避けたい期間　/　～　/　まで。次回月経予定日　/　）
17.その他（相談内容：　）

Ⅱ月経について教えてください

1.最近の月経は　（　月　日から　日間）　閉経された方（　歳）
2.月経周期について　順調の方⇒（　日周期）　不順の方⇒（早くて　日周期　遅くて　日周期）
3.現在妊娠の可能性はありますか？　（あり・なし）　4.月経が始まった年齢（　歳）

Ⅲ最後に子宮がん検診をしたのはいつですか？　（　年　月）　（受けたことがない）

Ⅳ結婚・妊娠・分娩について教えてください

1.性交経験（あり・なし）　2.未婚・既婚
3.妊娠・分娩歴　（あり・なし）　流産（　回）中絶（　回）分娩（　回）子供（　人）

Ⅴ今までにかかった病気や手術について

1.病気や手術を受けたことがありますか？　（なし・あり　）
2.現在内服中のお薬はありますか？　＊マイナンバーにて確認希望の方は直近１ヵ月以内をご記入ください
（なし・あり　）
3.アレルギーはありますか？（なし・あり＜医薬品名＞　＜その他＞　）
4.ラテックス（ゴム）アレルギーありますか？（なし・あり）
5.ぜんそくはありますか？（なし・あり・小児ぜんそく）

Ⅵご家族の中でご病気された方はいらっしゃいますか？（例：父　高血圧、母　脳梗塞 など）

（　）

Ⅶこの１年間で特定健診・高齢者健診を受診していますか？（はい・いいえ）

当クリニックをどのように知りましたか？　※他の医療機関からの紹介状をお持ちの方は受付にお持ち下さい。

知人の紹介（紹介者　様）　その他（　）

※本日、マイナンバーカードを使用しての情報提供を希望しますか？（はい・いいえ）

当院では診療情報を取得・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。