

リプロダクションセンター問診票（女性）

初診 年 月 日

★この問診表は当院の医療従事者以外の目に触れることはありません★

（ふりがな： ）

受診券番号： 氏名：

生年月日：西暦 年 月 日（ ）歳 職業： 血液型 Rh（+・-）

住所：〒 -

携帯電話番号： 自宅電話番号：

*当センターからご連絡することがあります。

以下の項目で該当する方に○、空欄には直接ご記入ください。

I 月経について

- ・月経の周期は何日型ですか？ 日 ~ 日型
- ・月経は何日間続きますか？ 日続く
- ・最終月経はいつですか？ 月 日 ~ 日

II 妊娠、出産について

- ・妊娠したことはありますか？ （ある ・ ない）
- あると答えた方 妊娠回数（ 回）

III 既往歴、内服薬、アレルギーなどについて

- ・これまでにかった病気はありますか？ （ある ・ ない）
- あると答えた方は病気名をお答えください（ ）
- ・これまでに手術を受けたことがありますか？ （ある ・ ない）
- あると答えた方は何歳の時にどのような手術をしたかお答えください（ 歳 ）（ ）
- ・現在使用中の薬はありますか？ （ある ・ ない）
- あると答えた方はお薬名をお答えください（ ）
- ・アレルギーはありますか？ （ある ・ ない）
- あると答えた方はアレルギーの詳細をお答えください（ ）

IV 子宮頸癌または子宮体癌の検査を受けたことがありますか？ （はい ・ いいえ）

はいと答えた方は下記をご記入ください

- ・子宮頸癌 検査日 20 年 月 日 結果（正常・異常・不明）
- ・子宮体癌 検査日 20 年 月 日 結果（正常・異常・不明）

V 当院を受診しようと思った理由は何ですか？

（ ）

VI 生活習慣について

- ・喫煙の習慣はありますか？ （はい ・ いいえ）
- はいと答えた方：（ ）歳から1日（ 本）
- いいえと答えた方
- ・過去に吸っていましたか？ （はい ・ いいえ）

はいと答えた方：() 歳から () 歳まで 1 日 (本)

・飲酒の習慣はありますか？ (はい ・ いいえ)

はいと答えた方：週 (回) / 飲酒の量 ()

VII 身長・体重・血圧について

身長： _____ cm 体重： _____ kg 血圧： _____ / _____ mmHg

*測定器はエレベーター向かって左側にあります。測定してご記入ください。

VIII マイナ保険証の利用について

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療を提供に努めています。正確な情報を取得・活用するために、マイナ保険証の利用にご協力をお願いします。

*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（マイナ保険証を利用した場合）

・上記、理解しましたか？ (はい ・ いいえ)

・マイナ保険証（マイナンバーカード）での受診の方にお聞きます。マイナ保険証（マイナンバーカード）による診療情報取得に同意されましたか？ (はい ・ いいえ)

最後にアンケートにご協力をお願いします

当リプロダクションセンターに受診された経緯をおきかせください

a. 他院からの紹介

b. 家族・友人からの紹介

c. 治療施設を自分でさがして

⇒ 当リプロダクションセンターを何でお知りになりましたか。（複数回答可）

☐ ホームページ ☐ メディア（新聞・雑誌・TV・）

☐ チラシ・リーフレット ☐ その他（ ）

d. その他（ ）

ご協力ありがとうございました