再 診 問 診 票

お名前＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　診察券番号 ID＿＿＿＿＿＿

＊来院された理由（当てはまるものに〇をつけて下さい）

・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　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、子宮頚がん検診を定期的に受けて頂きたいと考えております
・子宮頚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、子宮頚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

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　１点
　　【再診時】3カ月に１回　１点