

# 問診票（女性・更年期障害）

※当院でお聞きした情報は「個人情報保護法」に基づき管理致します。

★裏面もご記入お願い致します。

ふりがな		男 ・ 女	生年月日（年齢）		
氏名	様		西暦	年	月
住所	〒				
職業		電話			
同居人					

身長	cm	体重	kg
----	----	----	----

下記の質問にご回答をお願い致します。 ★書ききれないぶんは診察時にお伺いします。

●マイナ保険証による診療情報取得にご同意頂けますか？	
同意する ・ 同意しない	
●本日、他の医療機関からの紹介状をお持ちですか？	
紹介状なし ・ 紹介状あり（医療機関名 _____）	
●現在、他の医療機関に通院・治療中の病気があればご記入ください。	
通院なし ・ 通院あり（ありの場合は医療機関名・受診日・治療内容を下記にご記入ください）	
医療機関名 _____	受診日 _____
【治療内容】	
<input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 脳梗塞・脳出血 <input type="checkbox"/> 消化器疾患 <input type="checkbox"/> 腎疾患 <input type="checkbox"/> 泌尿器 <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> 不眠症 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> その他（病名： _____）	
●現在、処方されている薬はありますか？（更年期障害以外）	
処方なし ・ 処方あり（ありの場合は薬剤名・用量・投薬期間を下記にご記入ください）	
（薬剤名 _____）	用量 _____
	投薬期間 _____）
★お薬手帳をご持参頂いた方はお預かりさせて頂きます。	
●これまでに大きな病気にかかった事がありますか？（入院や手術を要する病気など）	
なし ・ あり（ありの場合は病名・時期・医療機関名・治療内容を下記にご記入ください）	
（病名 _____）	時期 _____
医療機関名 _____	内容 _____）
●この1年間で健診（特定健診および高齢者検診に限る）を受診しましたか？	
受診なし ・ 受診あり（受診時期 _____ 指示事項 _____）	

