

1. 当クリニックの診察券をお持ちですか？

必須

あり

なし

「あり」の方は診察券に記載されている診察券番号を下記にご記入ください

2. 身長をご記入ください

必須

3. 体重をご記入ください

必須

4. ビル内服/休薬中の最終月経開始日をご記入ください

必須

記入例：7/15、7月15日のように日付をご記入ください

5. 喫煙

必須

なし

あり

「あり」の方は1日の喫煙本数をご記入ください

6. 患者携帯カードは携帯していますか？

必須

携帯している

携帯していない

7. 突然の足の痛み・腫れ

必須

なし

あり

8. 手足の脱力・まひ

必須

なし

あり

9. 突然の息切れ **必須**

なし

あり

10. 押しつぶされるような胸の痛み **必須**

なし

あり

11. 激しい頭痛 **必須**

なし

あり

12. 舌のもつれ・しゃべりにくい **必須**

なし

あり

13. 突然の視力障害 **必須**

なし

あり

14. 2日以上飲み忘れることがある **必須**

なし

あり

15. 休薬期間のマイナートラブル **必須**

なし

あり

16. 希望のシート数 **必須**

1シート

2シート

3シート

17. 生理痛の改善 **必須**

なし

あり

18. 鎮痛剤使用日数 **必須**

0日

1日

2日

3日

19. 生理痛の痛みの程度を0から10で表してください ※痛みを0（痛くない）～10（耐えられない痛み） **必須**

数字で表すとどれくらいですか。 ※目安：5を鎮痛剤を使用し何とか耐えられる痛みとする

20. PMSの改善 **必須**

あり

なし

21. 前回の診察時に医師からオンライン診療への案内はありましたか **必須**

あり

22. オンライン診療予約前日に「問診票」を再確認してください **必須**

確認します

23. 来院時のお会計と比べ総額1000円ほどかかるようになっております。（オンライン診療相談料として別途2000円発生致します） **必須**

了承します

24. お時間になってもつながらない場合は次回診察時にキャンセル料として500円発生致します **必須**

了承します

25. 料金確定後、領収書を共有ファイルにお送りしますのでご確認ください **必須**

確認します

26. 問診終了後、共有ファイルの案内が出ます  
のでそちらに保険証をアップロードしてく  
ださい **必須**

アップロードします