

氏名 明・大・昭・平 年 月 日生 才
 ご職業 身長 cm 体重 kg 宗教：無・有（ ）

1. 来院目的

- ・妊娠判定（市販薬で判定された方： 月 日 陽性・陰性・使用未・他院受診）
 分娩希望（ 当院 ・ 他院 ・ 未定 ・ 中絶希望 ）
- ・不妊相談・月経異常・不正出血・腹痛・おりもの・かゆみ・癌検診・更年期症状
- ・腫瘍[子宮筋腫・卵巣のう腫・その他]・その他（ ）

いつから、どのような症状ですか？

2. 月経についてお答えください

最後の月経（ ）年（ ）月（ ）日より（ ）月（ ）日まで（ ）日間

初めて生理があったのは 才頃 生理がとまった（閉経） 才頃

- ・順調 生理周期（生理の始まった日から次の生理の前日までの日数）は 日周期 日間
- ・不順

生理の量は（多い・普通・少ない） 生理痛：無・有[下腹痛・腰痛・その他]

3. パートナー及びご自身のご家族についてお答えください

- ・結婚している（ 才）初婚・再婚 ・していない：未婚・入籍予定・離婚・死別 ・セックスの経験（有・無）
- 夫（パートナー） 才 （健康 ・ 病気）
- 実父 才 （健康 ・ 病気）
- 実母 才 （健康 ・ 病気）
- （ ） 才 （健康 ・ 病気）

4. 今までにかかったことのある病気・特異体質などについてお書きください

・内服薬のある方は

- | | |
|----------------|----------------|
| 結核 無・有（ 才頃） | 心疾患 無・有（ 才頃） |
| 高血圧 無・有（ 才頃） | 肝疾患 無・有（ 才頃） |
| 虫垂炎 無・有（ 才頃） | 腎疾患 無・有（ 才頃） |
| 喘息 無・有（ 才頃） | 精神疾患 無・有（ 才頃） |
| 糖尿病 無・有（ 才頃） | 甲状腺疾患 無・有（ 才頃） |
| 性病 無・有（ 才頃） | 婦人科疾患 無・有（ 才頃） |
| アレルギー 無・有（ 才頃） | その他 無・有（ 才頃） |

ご記入ください
お薬手帳持参

過去三ヶ月以内に以下のことは ある ・ ない

発熱・発疹・頸部リンパの腫れ・風疹患者との接触・児童との接触が多い職場での就労

今まで受けたことのある手術名	いつですか	何処で
①	年 月 才頃	
②	年 月 才頃	

5. 生活習慣についてお答えください

タバコ 吸う（1日 本位）・吸わない お酒 のまない・のむ（少量・普通・多量）

6. 1ヶ月以内に海外旅行歴が ない ・ ある（国名： 渡航期間： ）

※2 ページ目の記入もお願い致します※

7. 今までの妊娠及びお産について（今回の妊娠含む）

妊娠は全部で_____回 そのうち分娩_____回 自然流産_____回

人工妊娠中絶_____回 その他[子宮外妊娠・胎状奇胎]_____回

分娩歴

	年 月 日	妊 娠 ・ 分 娩	出生体重 (g)	妊 娠 ・ 分 娩 の 異 常		年 月 日	妊 娠 ・ 分 娩	出生体重 (g)	妊 娠 ・ 分 娩 の 異 常
①	年 月 日	自然分娩・帝王切開			④	年 月 日	自然分娩・帝王切開		
②	年 月 日	自然分娩・帝王切開			⑤	年 月 日	自然分娩・帝王切開		
③	年 月 日	自然分娩・帝王切開			⑥	年 月 日	自然分娩・帝王切開		

8. マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか。

 はい いいえ

9. 現在処方されている薬はありますか。

 はい いいえ

()

※マイナ保険証による情報取得に同意した方は、直近1ヶ月以内の処方薬を除き、省略可。

10. この1年間で健診（特定健診及び高齢者健診に限る）を受診しましたか。

 いいえ※マイナ保険証による情報取得に同意した方は、省略可。 はい 受診時期（ 年 月）

指導事項等（ ）

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。

◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算（初診時）4点（マイナ保険証を利用した場合）2点

ご協力ありがとうございました。