

※ご自宅へ電話や手紙で連絡を取る場合、医院名ではなく、個人名(小山良子)をご希望なさいますか?(はい・いいえ)

ふりがな	連絡の取り易い電話番号と順番をお願いします。 【    】 携帯 (    -    -    ) 【    】 自宅 (    -    -    ) 【    】 その他 (    -    -    )
氏名	
住所 〒    -	
(昭和/平成) ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日生 ( ) 歳 身長 (    cm) 体重 (    kg)	
ご本人の職業 (    )    パートナーの職業 (    )	

I 受診の理由の番号を○でお囲みください。(複数可)

- ① 赤ちゃんが欲しい    ② 月経痛がひどい    ③ 月経の量が多い    ④ 月経が不順・止まった
- ⑤ 月経以外の出血がある    ⑥ 下腹が痛い    ⑦ 陰部がかゆい
- ⑧ おりものが多い(赤・ピンク・黄・白)    ⑨ 残尿感がある    ⑩ 尿が近い(1日    回)
- ⑪ 排尿時、痛みがある    ⑫ 紹介状がある(紹介元医療機関:    )
- ⑬ 他の病院で {不妊症・子宮内膜症・子宮筋腫・卵巣のう腫・その他(    )}と診断された。

II 月経について教えてください。

- ① 一番最近の月経は、(    )年(    )月(    )日から(    )月(    )日までの(    )日間で、その前の月経は、(    )年(    )月(    )日から(    )月(    )日までの(    )日間。いつもと同様でしたか? ( はい ・ いいえ )

※『いいえ』の方は、どのように違っていましたか? (    )

- ② 初めて月経が始まった年齢を教えてください。(    ) 歳  
普段の月経は順調ですか?( はい ・ いいえ )月経は何日間続きますか?(    ) 日間
- ③ 月経は何日周期で来ますか?(26・27・28・29・30・31・32・33・その他 [    ]) 日
- ④ 月経が不順な方で、早く来る月は、前月から数えて(    ) 日くらいで、遅れる月は (    ) 日くらい。
- ⑤ 月経の量は、( 多い・普通・少ない ) 血のかたまりが ( 出る ・ 出ない )
- ⑥ 月経の時、痛みはありますか? ( はい ・ いいえ )

※『はい』の方は、痛む場所は [ 下腹・腰・頭痛 ] 痛みの強さは [ 強い・中位・弱い ]

- ⑦ 月経の時、鎮痛剤を使用しますか? ( はい ・ いいえ )  
月経の時、寝込みますか? ( はい ・ いいえ )
- ⑧ 他に症状はありますか? (    )

III 尿・便について教えてください。

- ① 便通は (    ) 日に1回で、(便秘気味・下剤を服用している)②尿は1日に(    )回くらい

IV これまでの病気や手術について教えてください。

- ① アレルギーはありますか? 薬品 ( はい・いいえ ) 食物 ( はい・いいえ )  
※『はい』の方は、具体的に薬品名・食物・症状等、お知らせください。(    )
- ② 病気になったり、手術を受けたことが ( ある・ない ) 病名は (    )  
※どこの病院で、いつごろかおしえてください。(    )

V 家族歴(血縁者に限る)について教えてください。

- ① お父様 (現在    歳) は、ご健康ですか? はい・いいえ(    )を患っています。
- ② お母様 (現在    歳) は、ご健康ですか? はい・いいえ(    )を患っています。
- ③ 次のような病気をご両親にありますか?  
はい {高血圧[父・母]・糖尿病[父・母]がん[父(部位:    )・母(部位:    )]} ・ いいえ
- ④ 現在、ご両親はお元気ですか? はい ・ いいえ (父:    母:    )
- ⑤ ご兄弟姉妹は、あなたの他に何人いらっしゃいますか?  
兄 (    ) 人・姉 (    ) 人・弟 (    ) 人・妹 (    ) 人

VI 結婚・妊娠・分娩についておしえて下さい。

- ① 結婚していらっしゃいますか？ ・はい ( ) 年 ( ) 月 / ( ) 歳で結婚 ・いいえ  
 ② 性交渉の回数は、1ヶ月に約 ( ) 回  
 ③ 今までに妊娠したことはありますか？ ・はい ( ) 回 ・いいえ

妊娠順	妊娠の経過						お産					産後		お子様		
	年月 <small>出産の場合は【出産年月】、 その他は【処置年月】または【診断年月】 をご記入ください。</small>	正常	中絶	流産	子宮外妊娠	胎状奇胎	病院名	正常	吸引	かんし	帝切	死産	正常	異常	性別	出生体重
1	年 月														男 / 女	g
2	年 月														男 / 女	g
3	年 月														男 / 女	g
4	年 月														男 / 女	g
5	年 月														男 / 女	g

※上記の妊娠・出産歴について、(診察時など) ご主人様に秘密に致しでしょうか？ (はい ・ いいえ)

VII これまでにお受けになった検査や手術等、覚えておられるだけで結構ですので、おしえて下さい。

- ※子宮頸がん検診 … ( したことがない ・ したことがある / 年 月ごろ )  
 ※子宮体がん検診 … ( したことがない ・ したことがある / 年 月ごろ )  
 ※クラミジア検査 … ( したことがない ・ したことがある / 年 月ごろ )

VIII マイナ保険証について

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、マイナ保険証のご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)  
 マイナ保険証を利用しない場合：加算1 4点 マイナ保険証を利用した場合：加算2 2点

- ① マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？ ( はい ・ いいえ )  
 (ご同意いただくと、他の医療機関で処方されたお薬の情報を見ることができます。(直近1ヶ月以内のものは不可))  
 ② 過去1年間の間に特定健診を受診しましたか？ ( はい ・ いいえ )  
 「はい」の方は、受診時期： 頃 指摘事項： なし ・ あり ( )  
 ③ 現在通院中の病院や受けている治療、処方薬について教えてください。

病院名	受診日	傷病名や治療内容	処方薬(現在服用・使用中のもの)
	/		
	/		
	/		

《ご質問・ご意見・ご要望・独り言…どうぞ何でもご自由に、ご記入ください。》