

※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。

※医療情報取得加算 (初診) 1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確認することができます。(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: 項 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)
	/		
	/		
	/		

IX 当院を受診された、きっかけを教えてください。

{ 知人の紹介 ・ ホームページ ・ 電話帳 ・ すばいす ・ その他 () }

《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。》