

氏名_____ 年齢____ 身長_____ cm 体重_____ Kg (妊婦は非妊時)

1. 今日はどうなさいましたか？(当てはまるものに○印をしてください)

- ① () 定期受診 → 内容 (_____)
- ② () 病気の心配(子宮筋腫・卵巣のう腫・子宮癌・その他 _____)
→ 過去に指摘されたことが (ある・なし)
- () 月経(生理)不順
- () 妊娠希望 → 他院での治療経験 (ある・なし)
- ③ () 妊娠の疑い ※自宅から当院までの来院所要時間 車で_____分
自分で検査した (はい ____月 ____日 + - ・ いいえ)
今回の妊娠時は出産の予定ですか (はい ・ いいえ ・ 考え中)
今回の妊娠は不妊治療後の妊娠ですか (はい ・ いいえ) → 紹介状 (ある・なし)
当院で分娩希望 (はい・いいえ・考え中・他院へ里帰り)

☆スタッフ記入☆ サイン _____

LMP・EDC ~ _____ w d P・M

分娩予定日 _____ 月 _____ 日

_____ 月 分娩予約 可・不可

→ 本日診察のみ希望

※ 月なら分娩予約 可・不可 説明済み

※本日の血圧____/____ 脈拍____回/分

本日の体重：_____kg

④ 症状について

- () 出血 _____ いつから (_____) 色 (赤 ・ ピンク ・ 茶)
- () 腹痛 _____ いつから (_____) 部位 (左 ・ 右 ・ 両下腹部 ・ 腹部全体)
- () おりもの _____ いつから (_____) 色 (透明 ・ 白 ・ 黄 ・ 黄緑) におい (あり ・ なし)
- () 外陰部のかゆみ _____ いつから (_____)
- () その他 _____ いつから (_____)

※今もその症状は続いていますか？ (はい ・ いいえ)

2. 月経(生理)についてご記入ください

最終月経(生理) _____年 _____月 _____日 から _____日間 閉経 _____歳

その前の月経(生理)は _____年 _____月 _____日

月経(生理)の周期は _____日型 毎月_____日 早くなる ・ 遅くなる

月経痛時鎮痛剤は (飲む ・ 飲まない) 月経量 (少ない ・ 普通 ・ 多い ・ 血の塊が出る)

3. 今までの妊娠についてご記入ください

今までに妊娠されたことはありますか (はい _____回 ・ いいえ)

出産 _____回 自然流産 _____回 人工中絶 _____回

_____年 _____月 当院 ・ 他院 正常分娩でしたか？ (はい ・ いいえ _____)

_____年 _____月 当院 ・ 他院 正常分娩でしたか？ (はい ・ いいえ _____)

_____年 _____月 当院 ・ 他院 正常分娩でしたか？ (はい ・ いいえ _____)

_____年 _____月 当院 ・ 他院 正常分娩でしたか？ (はい ・ いいえ _____)

最後の妊娠 (出産 ・ 流産 ・ 中絶) _____年 _____月

4. 産婦人科で内診を受けられたことはありますか (はい ・ いいえ)

上記でいいえと答えられた方、性交為の経験はありますか (はい ・ いいえ)

5. 結婚されていますか (はい _____年 _____月 ・ いいえ 今後結婚の予定 あり ・ なし)

ご主人について 年齢 _____ 歳 健康ですか (はい ・ いいえ)

6. 生まれてから今までにかかった病気、入院歴についてご記入ください (出産以外で)

例) ①高血圧 50才~ 内服治療中 PL 病院内科 ②脳出血 60才 手術 今も他院通院中

①_____ ②_____

③_____ ④_____

7. 薬、注射、食べ物などのアレルギーはありますか (はい ・ いいえ)

花粉症 ・ 喘息 ・ アトピー ・ 薬剤 _____ ・ 食物 _____ ・ ゴム ・ 金属 ・ その他 _____

8. 今までにタバコを吸ったことがありますか (はい ・ いいえ)

() 現在は吸っていない → いつから禁煙していますか _____年 _____月

() 現在も吸っている → _____本/日

9. 1年以内に子宮(頸部)癌の検査を受けられていますか

はい ・ いいえ _____年 _____月 → 結果： 異常 あり ・ なし

10. 介護保険の申請：なし・有 (要支援 1・2 、 要介護 1・2・3・4・5)

11. 1ヶ月以内に海外へ行かれましたか (はい ・ いいえ)

(裏面へ続く)

☆スタッフ記入☆

①本人連絡先： _____

職業： _____

②本人以外の連絡先(続柄： _____) _____

12. 本日はマイナ保険証を利用されましたか (はい ・ いいえ)

はいの方 → 「診療情報取得」 に同意されましたか (はい ・ いいえ)

13. 内服中の薬はありますか (はい ・ いいえ)

はいの方 → (薬剤名、投薬期間等)

*マイナ保険証による情報取得に同意された場合、直近1ヶ月以内の処方薬を除き省略可能

14. この1年間で健診(特定健診・高齢者健診に限る)を受けられましたか (40才以上の方のみ)

(はい ・ いいえ)

*マイナ保険証による情報取得に同意された場合省略可能

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・活用することで、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

初診時には医療情報取得加算がかかります。 加算1：3点 加算2：1点

(加算2はマイナ保険証による診療情報取得に同意された場合 又は 他院からの紹介状を持参された場合)