

空欄・カッコ内に○印または詳しくご記入後、血圧・体重測定用紙と一緒に産婦人科カウンターにお渡してください。

ふりがな
・氏名： _____ ・年齢： _____ 歳 ・職業： _____

・身長： _____ cm ・体重： _____ kg (非妊時) ・血液型： _____ 型 Rh [_____]

・緊急連絡先 (配偶者・親・親族)

ふりがな
氏名： _____ [続柄 _____] 電話番号： _____

●本日の受診目的について、該当する番号全てに○をつけ、必要な項目にご記入ください。

紹介状はありますか【無・有】 健診結果報告書はありますか【無・有】

①妊娠の可能性→市販検査薬で【陽性(検査日： _____ 月 _____ 日)・陰性(検査日： _____ 月 _____ 日)・していない】

・他の病院で妊娠を確認しましたか【はい・いいえ】 はいの場合 → 出産予定日 [_____ / _____ ・未定]

・不妊治療後の妊娠ですか【はい・いいえ】

・妊娠の場合【分娩する [当院 ・ 他院 ・ 未定] ・悩んでいる ・ 中絶希望】

②がん検診 ③生理をずらしたい ④緊急避妊 ⑤ブライダルチェック ⑥ピル希望

⑦おりもの ⑧かゆみ ⑨不正出血 ⑩腹痛 ⑪生理痛

⑫月経周期の異常 ⑬更年期障害の可能性 ⑭性感染症 ⑮膀胱炎症状

⑯定期検診

⑰その他 (_____)

それは、いつからどのような症状が始まりましたか。 その他心配なことはありますか。

[_____]

●月経について 初潮 [_____] 歳 閉経 [_____] 歳

月経周期【順調・不調】 [_____ ~ _____] 日型 持続日数 [_____] 日間

(不順の場合は、短い時~長い時をご記入ください)

月経量【少ない・普通・多い・塊がでる】

月経痛【無・軽い・強い】 鎮痛剤の使用【無・有】

最近の月経【 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 日間】 量【少ない・普段と同じ・多い】

●セックス(性行為)の経験【無・有】 ※診察方法が違いますので必ず記入してください

●結婚について【未婚・既婚・離別・死別】

未婚の場合、入籍予定【無・有・未定】 既婚の場合【初婚・再婚】 血族結婚【無・有】

●夫(パートナー)について [_____] 歳 血液型 [_____ 型・Rh _____]

●妊娠(今回の妊娠も含む)・出産回数について

全ての妊娠 [_____] 回 分娩 [_____] 回 流産 [_____] 回 中絶 [_____] 回

死産 [_____] 回 → 妊娠 [_____] 週の時 子宮外妊娠 [_____] 回 胎状奇胎 [_____] 回

	分娩年月日(西暦で)	分娩週数	分娩様式 (○をつけてください)	児の体重	健康状態	性別	分娩施設	妊娠中・出産時の特記
1	年 月 日	週	普通・吸引・鉗子・帝王切開	g	健 否	男 女	当院 他院	
2	年 月 日	週	普通・吸引・鉗子・帝王切開	g	健 否	男 女	当院 他院	
3	年 月 日	週	普通・吸引・鉗子・帝王切開	g	健 否	男 女	当院 他院	
4	年 月 日	週	普通・吸引・鉗子・帝王切開	g	健 否	男 女	当院 他院	

●これまでの病気・手術についてご記入ください

1. これまでににかかった病気や治療中の病気はありますか【無・有】

有の場合 → 高血圧・糖尿病・高脂血症・腎臓疾患・肝疾患・心臓疾患・脳血管疾患
甲状腺疾患・肺疾患・血液疾患
その他（ ）

2. 精神的な病気はありますか【無・有】

有の場合 → パニック障害・うつ病・自律神経失調症・統合失調症・摂食障害・不安障害
その他（ ）

3. 産婦人科的な病気がありますか【無・有】

有の場合 → 子宮筋腫・卵巣嚢腫・子宮内膜症・子宮腺筋症・月経前症候群
性器ヘルペス・クラミジア
その他（ ）

●現在内服中の薬はありますか【無・有】 お薬手帳持参【無・有】

内服中の薬がある場合、

薬剤名 [

内服開始時期 [

] 病院名 [

●これまでに受けた手術（流産・帝王切開以外の手術）について

手術年月（ ）歳	病名・手術の名称	麻酔での異常	輸血の有無及び異常
例) 2019年5月(27歳)	子宮筋腫・子宮筋腫核出術	無・有()	無(有)異常なし()
		無・有()	無・有()
		無・有()	無・有()
		無・有()	無・有()

●アレルギー／アレルギー疾患はありますか 有の場合 → 該当項目に○を記入してください

- ・薬剤 [薬剤名：_____ 症状：_____] [薬剤名：_____ 症状：_____]
- ・造影剤 [薬剤名：_____ 症状：_____] [薬剤名：_____ 症状：_____]
- ・食物 [食物名：_____ 症状：_____] [食物名：_____ 症状：_____]
- ・喘息（小児喘息を含む）[最終発作：_____歳 使用薬剤：_____]
- ・アトピー性皮膚炎 ・鼻炎 ・花粉症 ・ゴム製品 ・金属製品
- ・その他（_____）

●嗜好品について

アルコール【飲まない・飲む】 飲む場合 → 1日_____合程度 [毎日・週_____回程度]

※清酒1合(180ml)の目安：ビール中瓶1本(500ml)、焼酎35度(80ml)、ウイスキーダブル1杯(60ml)、ワイン2杯(240ml)

タバコ【吸わない・吸う】 吸う場合 → _____歳～1日約_____本 ・ やめた → _____歳迄 1日約_____本

●ご家族（血縁の方：父・母・兄弟・姉妹・祖父母）にご病気の方はおられますか【無・有】

有の場合 → 高血圧[続柄：_____] 糖尿病[続柄：_____] 結核[続柄：_____]
癌[続柄：_____ 病名：_____] [続柄：_____ 病名：_____]
その他（_____）

●診療医師の希望はありますか【無・有】

有の場合 → _____医師 ・ 女性医師

※女性医師希望の場合、かなりの待ち時間となる事をご了承下さい。

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。

【医療情報取得加算】 <<初診時>> マイナ保険証利用あり：1点 マイナ保険証利用なし：3点

<<再診時>> マイナ保険証利用あり：1点 マイナ保険証利用なし：2点