

スムーズに診療を進めるために下記の項目にお答えいただいております。ご協力をお願いいたします。

フリガナ ■氏名 _____ 様	■身長 _____ cm	■体重 _____ kg
■生年月日 ____年 ____月 ____日 (____歳)	■未婚・既婚 (____年目)	■職業 _____
■現住所 〒 _____	■電話番号 _____ - _____ - _____	
■血液型 ____型 Rh(+・-)	(緊急連絡先 _____ - _____ - _____)	

★マイナ保険証で受診の方にお尋ねします。

あなたの診療情報(服薬歴、健診歴など)当院が取得することに同意されましたか？

同意した 同意していない

1. 今日どのようなことで来院されましたか？

- 子宮がん検診の希望 できものがある おりもの・かゆみ 月経不順
 不正出血 月経痛・月経量異常 性病の検査 避妊の相談
 更年期障害 月経移動 ※月経が来たら困る日付 (____月 ____日 ~ ____月 ____日まで)
 不妊の相談 緊急避妊(アフターピル)

※避妊に失敗した日時 ____月 ____日 AM・PM ____時頃

その他 (_____)

2. 月経についてお聞きます。

初経 ____才 閉経 ____才

月経周期 ____日型 (規則的 ・ 不規則)

1番最近の月経はいつですか？ ____月 ____日より開始 ____月 ____日に終了

月経量 (多い ふつう 少ない) 月経痛 (つよい ふつう 軽い)

月経痛以外の症状があればご記入ください _____

3. 性交の経験はありますか？

産まれてから一度もなし あり

4. 妊娠の経験はありますか？

妊娠 ____回 分娩 ____回 流産 ____回 中絶 ____回

5. 現在治療中の病気や使用している薬がありますか？常用している市販薬やサプリメントもお書きください。

治療中の病気 なし あり 病名： _____

使用している薬 なし あり 薬名： _____

6. いままで大きな病気・手術・アレルギーなどの既往がありますか？

大きな病気 なし あり 病名： _____

手術 なし あり 内容： _____ 輸血 なし あり

ぜんそく なし あり 最終発作はいつですか？ ____年 ____月

薬のアレルギー なし あり 薬の名前： _____

食物アレルギー なし あり 食べ物の名前： _____

※2枚目もご記入ください。

スムーズに診療を進めるために下記の項目にお答えいただいております。ご協力をお願いいたします。

フリガナ
■ 氏 名 _____ 様

1. どのような症状が、いつからありましたか？ また、気になることはありますか？

2. 今までに指摘されたことのある婦人科疾患についてお聞きします。（あてはまるものにチェック）

- 子宮筋腫 子宮内膜症 子宮腺筋症 子宮奇形 卵巣腫瘍
 その他（病名 _____）
 上記の病気を指摘されたことはない

3. 今までに指摘されたことのある病気についてお聞きします。（あてはまるものにチェック）

- 高血圧 糖尿病 腎疾患 心疾患 甲状腺の病気
 肝炎 自己免疫性疾患 脳梗塞 脳出血 てんかん
 精神疾患 血液疾患 悪性腫瘍 血栓症
 その他（病名 _____）
 上記の病気を指摘されたことはない

4. ご自分の両親あるいは兄弟に以下の病気を持った方はいますか？（あてはまるものにチェック）

- 高血圧 糖尿病 悪性腫瘍
 その他の遺伝性疾患（病名 _____）
 上記の病気は持っていない

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)◆

健康保険証を利用された場合…医療情報取得加算 1：3点

マイナ保険証を利用または、

健康保険証を利用+他の医療機関からの紹介状を持参された場合…医療情報取得加算 2：1点

ありがとうございました。受付までお持ちください。