

|         |    |    |          |                |                    |
|---------|----|----|----------|----------------|--------------------|
| フリガナ    |    |    | 年齢       | 生年月日           |                    |
| 氏名      |    |    | 才        | 昭和・平成・令和       | 年 月 日              |
| 住所      | 〒  |    |          |                |                    |
| 電話番号    | 自宅 | -  | -        | 勤務先<br>TEL - - |                    |
|         | 携帯 | -  | -        |                |                    |
| 身長      | cm | 体重 | kg       | 血液型            | 型 喫煙 無・有(本/日)・禁煙した |
| ご主人の勤務先 |    |    | ご主人の電話番号 |                | - -                |

他の医療機関からの紹介状を持っていますか? はい いいえ

来院目的について

- 子宮がん検診 ( 頸部のみ ・ 体部まで ・ 人間ドッグ )
- 不正出血
- ピル処方相談 緊急避妊ピル おりものの異常 外陰部の異常
- 性感染症検査 更年期症状 プラセンタ療法 その他
- 妊娠 ( 当院で出産 ・ 里帰り出産 ・ まだ決めていない )
- ➡市販の検査薬にて 調べた→(陽性(いつ: / )・陰性) 調べていない
- 中絶希望 まだ決めていない

内診の経験

ある・ない  
わからない  
医師希望あり

医師に相談したい事をご記入ください

{ }

月経について 初潮 ( 歳 ) 閉経 ( 歳 )

最終月経 ( 月 日 ~ 月 日 ) 月経周期 順調( 日周期) ・ 不順

性行為の経験はありますか? はい いいえ

結婚はしていますか? はい(結婚: 年 月 ) 予定あり(初婚・再婚) いいえ

妊娠・出産歴について

・妊娠 ( 回 ) ・出産 ( 回 ) ・流産 ( 回 ) → ( 週 ) ・人工妊娠中絶 ( 回 )  
わかる範囲でご記入ください

| 回数  | 生年月日  | 週数 | 性別  | 生下時体重 | 生死  | 分娩様式    | 病院名       |
|-----|-------|----|-----|-------|-----|---------|-----------|
| 1人目 | 年 月 日 | 週  | 男・女 | g     | 生・死 | 正常・帝王切開 | 当院・他院 ( ) |
| 2人目 | 年 月 日 | 週  | 男・女 | g     | 生・死 | 正常・帝王切開 | 当院・他院 ( ) |
| 3人目 | 年 月 日 | 週  | 男・女 | g     | 生・死 | 正常・帝王切開 | 当院・他院 ( ) |

妊娠経過中に異常がありましたか? いいえ はい ( )

現在、授乳中ですか? はい いいえ

今までに指摘された病気はありますか?

- なし 子宮筋腫 子宮内膜症 子宮腺筋症 子宮奇形 月経異常
- 卵巣嚢腫 子宮頸がん・異形成 乳がん 性感染症 高血圧 糖尿病
- 腎疾患 心疾患 肝疾患 脳卒中 喘息 その他 ( )

手術の経験はありますか?

いいえ はい→(病名: 病院名: )

現在 他の医療機関に通院していますか? はい いいえ

医療機関名: 受診日: 月 日 治療内容:  
医療機関名: 受診日: 月 日 治療内容:  
医療機関名: 受診日: 月 日 治療内容:

現在 治療中の疾患・飲んでいるお薬について あり なし (お薬手帳は診察室でお出し下さい)

{ 病名: お薬の名前: }

アレルギーについて

- 薬剤のアレルギー いいえ はい ( )
- 食物アレルギー いいえ はい ( )
- 体質のアレルギー いいえ はい ( )
- ゴムのアレルギー いいえ はい

※裏面までご記入をお願いします

この1年間で健診（特定健診及び高齢者健診に限ります）を受診しましたか？ はい いいえ  
受診時期：\_\_\_\_月\_\_\_\_日 指摘事項：

マイナ保険証による診療情報取得について 同意する 同意しない

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めております  
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お願いいたします

当院をどちらでお知りになりましたか？

以前から通院している インターネット 看板・通りがかり  
友人・知人 紹介（どなた） その他（ ）

※ご記入がお済みになりましたらお手数ですが受付へお持ち下さい