

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 )

☆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

2023.2 改訂

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・システム基盤整備体制充実加算がかかります。 加算1：4点 加算2：2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)