

ID

記入年月日 20 年 月 日

|      |                               |    |           |   |   |
|------|-------------------------------|----|-----------|---|---|
| フリガナ |                               | 電話 | ご本人（携帯）   | — | — |
| 氏名   |                               |    | 連絡先①続柄（ ） | — | — |
|      |                               |    | 連絡先②続柄（ ） | — | — |
| 生年月日 | 昭和・平成・令和・西暦<br>年 月 日          | 才  | 勤務先名      |   |   |
| 住所   | (〒 — ) (アパート・マンション名までご記入ください) |    |           |   |   |

\* 患者様のお呼び出しは、お名前でお呼びする場合がございますのでご了承ください。

|  |         |
|--|---------|
| 当院を受診するにあたって他の病院からの紹介はありましたか？                      | ⇐はい・いいえ |
| _____病院 医師名（ _____ 医師）<br>※ 紹介状をご持参の方は、1階受付へご提出下さい |         |

|   |         |
|---|---------|
| 今回の診察前にメールにて問い合わせをしていますか？（※予約メール以外の問合せ） | ⇐はい・いいえ |
| メールをしたのはいつ頃ですか？（ 年 月 日）                 |         |

どうなさいましたか、あてはまるものに○印をつけて下さい

- 妊娠検査を希望します 妊娠していれば →（ 分娩希望 ・ 中絶希望 ）  
分娩希望の場合 →（ 当院で出産 ・ 他院で出産 ・ まだ決めていない ）
- 生理の異常があります（ 生理痛がひどい・量が多い・少ない・止まった・不順 ）
- 生理と違った出血があります（ 月 日に始まって 日間 ）
- がん検診を希望します（ 子宮頸がん ・ 子宮体がん ）
- おりものが気になります（ 色 ・ におい ・ 量 ）
- 外陰部に症状があります（ かゆい ・ 痛い ・ できもの ）
- 下腹痛・腰痛・おなかのはりがあります
- 生理日変更を希望します（ 月 日～ 月 日まで避けたい、次回生理予定は 月 日頃）
- ピルを希望します（ はじめて飲む ・ 以前にも飲んだことがある ・ 緊急避妊）\*
- 心配な症状があります（ めまい ・ のぼせ ・ 動悸 ・ 発汗 ・ ）\*
- 膀胱症状があります（ 尿が近い ・ 残尿感 ・ 排尿痛 ・ 尿失禁 ）
- 次の検査を希望します（ 子宮筋腫 ・ 卵巣腫瘍 ・ 子宮内膜症 ・ 性病検査 ）
- 次の相談を希望します（ 子供が欲しい ・ 避妊 ）\*
- 専門外来を希望します（ 漢方外来 ・ アンチエイジング治療 \* ）
- 上記以外（ \_\_\_\_\_ ）

<裏面もご記入ください>

あなたの事についてお聞きします。

1~10 医師入力

|  |          |
|--|----------|
| 1. 妊娠した事がありますか？  |          |
| 1 西暦 ( ) 年 分娩方法 (普通・帝王切開・死産) 流産 (自然流産・中絶) その他 (胎状奇胎・子宮外)   | ⇐ はい・いいえ |
| 2 西暦 ( ) 年 分娩方法 (普通・帝王切開・死産) 流産 (自然流産・中絶) その他 (胎状奇胎・子宮外)   |          |
| 3 西暦 ( ) 年 分娩方法 (普通・帝王切開・死産) 流産 (自然流産・中絶) その他 (胎状奇胎・子宮外)   |          |
| 4 西暦 ( ) 年 分娩方法 (普通・帝王切開・死産) 流産 (自然流産・中絶) その他 (胎状奇胎・子宮外)   |          |
| 5 西暦 ( ) 年 分娩方法 (普通・帝王切開・死産) 流産 (自然流産・中絶) その他 (胎状奇胎・子宮外)   |          |
| 6 西暦 ( ) 年 分娩方法 (普通・帝王切開・死産) 流産 (自然流産・中絶) その他 (胎状奇胎・子宮外)   |          |
| 2. 今までかかったことのある病気または現在治療中の病気はありますか？  |          |
| 高血圧 ( 才 ) ・ 糖尿病 ( 才 ) ・ 狭心症 ( 才 ) ・ 心筋梗塞 ( 才 ) ・ 不整脈 ( 才 )<br>喘息 ( 気管支 咳 小児 ) ( 才 ) ・ てんかん ( 才 ) ・ 高脂血症 ( 才 )<br>甲状腺の病気 ( パセドウ病 橋本病 その他 ) ( 才 ) ・ 緑内障 ( 才 )<br>卵巣腫瘍 ( 才 ) ・ 子宮内膜症 ( 才 ) ・ 子宮筋腫 ( 才 ) ・ 子宮頸部異形成 ( 才 )<br>子宮頸がん ( 才 ) ・ 卵巣がん ( 才 ) ・ 不妊症 ( 才 ) ・ その他 ( ) | ⇐ はい・いいえ |
| 3. 精神科・心療内科にかかったことはありますか？  |          |
| (病名 )  | ⇐ はい・いいえ |
| 4. 手術を受けたことはありますか？   |          |
| 虫垂炎 ( 才 ) 帝王切開術 ( 才 ) 腹腔鏡下手術 ( 才・病名 ) 卵管結紮術 ( 才 )<br>頸管縫縮術 ( 才 ) 骨折 ( 才 ) 円錐切除術・焼灼術 ( 才 ) その他 ( )  | ⇐ はい・いいえ |
| 5. 現在のものでいる薬はありますか？  |          |
| 薬の種類または名前をご記入下さい (※お薬手帳があれば記入不要、窓口にご提示ください)<br>( )   | ⇐ はい・いいえ |
| 6. ご家族 (親・きょうだい) に下記の病気にかかったことがある方はいますか？   |          |
| 高血圧 (父・母・ ) 糖尿病 (父・母・ ) 心筋梗塞 (父・母・ ) 脳梗塞 (父・母・ )<br>子宮体がん (母・ ) 子宮頸がん (母・ ) 卵巣がん (母・ ) 子宮内膜症 (母・ ) 乳がん (母・ )   | ⇐ はい・いいえ |
| 7. 輸血をしたことがありますか？  | はい・いいえ   |
| 8. 子宮がん検診を受けたことはありますか？   |          |
| 最後に検診したのはいつですか？ ( 年 月頃)  | ⇐ はい・いいえ |
| 9. セックスの経験はありますか？  | はい・いいえ   |
| 10. 血液型で、Rh(-)と言われたことはありますか？   | はい・いいえ   |

11~12 外来入力

|  |          |
|--|----------|
| 11. アレルギーはありますか？   |          |
| 鼻炎 ・ 花粉症 ・ アトピー性皮膚炎<br>アルコール綿 (症状 ) ゴム/ラテックス (症状 ) 動物 (症状 )<br>食物名 (※りんご・海老など詳しくご記入下さい) ・ 症状 )<br>金属 (症状 ) その他 (項目) ・ 症状 ) | ⇐ はい・いいえ |
| 12. 今まで薬・注射で副作用がありましたか？  |          |
| (薬の種類 症状 )   | ⇐ はい・いいえ |

13以降 医事課入力

|   |
|---|
| 13. 最後の生理開始日はいつでしたか？ ( 月 日 )  |
| 14. 生理周期はどのくらいですか？ ( ) 日 ~ ( ) 日 周期 ・ 不順                                  |
| 15. 閉経はいつでしたか？ ( 才 )  |
| 16. 結婚 (現在) はしていますか？ ( 既婚 ・ 再婚 ・ 独身 → 結婚予定 あり ・ なし )                      |
| 17. 喫煙の有無 なし ・ やめた → 喫煙時期年齢 ( 才 ~ 才・当時 本/日 ) ・ あり → ( 本/日 ) 喫煙開始時年齢 ( 才 ) |
| 18. 飲酒の有無 なし ・ あり → 頻度 回/週  |
| 19. 身長・体重はおわかりになる範囲で記入ください 身長 ( ) cm 体重 ( ) kg                            |