

ふりがな			
氏名			
生年月日	西暦	年	月 日 ( 歳)
現住所	〒		
電話番号	(自宅)	(携帯)	
ご職業		身長	cm ・ 体重 kg

- 1) 本日はどのような理由で受診されましたか？
- 相談希望→(具体的な相談内容：\_\_\_\_\_)
  - 一般診療希望→(症状又は病名：\_\_\_\_\_)
  - ピル希望(治療目的・避妊目的)
  - 健診希望(自費診療)
  - 自費診療(アフターピル、プラセンタ、ビタミン注射等)
- 2) 今まで子宮癌の検診を受けたことが ( ない ・ ある : 最終受診日\_\_\_\_\_年)  
 ある場合、それは市のがん健診をご利用になりましたか？( はい ・ いいえ )  
 その結果は(異常なし ・ 要経過観察 ・ 要再検査 ・ 要精密検査 ・ 要治療 ・ わからない)
- 3) 結婚：( 未婚 ・ 既婚 ・ 離婚 ・ 死別 )
- 4) 性交経験 ( ある ・ ない )  
 ある場合、性交時痛 ( 強い ・ 普通 ・ ない )
- 5) 月経：初潮 [\_\_\_\_\_] 歳 ・ 現在月経は(順調 ・ 不順 ・ 閉経している\_\_\_\_\_歳)  
 一番最近の月経は \_\_\_\_月\_\_\_\_日から\_\_\_\_日間  
 周期は\_\_\_\_日、\_\_\_\_日間 続く  
 出血量は ( 少量 ・ 普通 ・ 多量 )  
 月経時(または前)に、(腹痛 ・ 腰痛 ・ 乳房痛 ・ 頭痛 ・ その他)がある
- 6) 妊娠・出産：なし・  
 妊娠(\_\_\_\_)回・出産(\_\_\_\_)回→いつですか？(\_\_\_\_\_  
 自然流産(\_\_\_\_)回・人工妊娠中絶(\_\_\_\_)回・子宮外妊娠(\_\_\_\_)回
- 7) 現在服用中の薬が( ない ・ ある : 薬品名\_\_\_\_\_)

裏もご記入下さい。

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・システム基盤整備体制充実加算(初診時)；加算1 4点、加算2 2点(マイナ保険証使用した場合)



- 8) 薬や食物によるアレルギーが(ない・ある)  
ある方はアレルギーをお書きください( \_\_\_\_\_ )
- 9) 今までに治療または経過観察が必要な病気にかかったことが(ない ・ ある)  
ある方は、かかった病気をお書き下さい。  
( \_\_\_\_\_歳のときに \_\_\_\_\_ )  
( \_\_\_\_\_歳のときに \_\_\_\_\_ )
- 10) 現在治療中または経過観察されている病気が(ない・ある)  
ある方は、病名( \_\_\_\_\_ )  
かかっている医療機関名( \_\_\_\_\_ )
- 11) 手術(帝王切開を含む)を受けた事が(ない・ある)  
ある方は、手術名をお書き下さい。  
( \_\_\_\_\_歳のときに \_\_\_\_\_ )  
( \_\_\_\_\_歳のときに \_\_\_\_\_ )
- 12) 血縁の家族に以下の病気が(ない・ある)  
高血圧 ・ 糖尿病 ・ 脳卒中 ・ 心臓病 ・ 癌 ・ 膠原病 ・ 甲状腺疾患 ・ 精神疾患  
ある方は、どなたがどの病気か具体的にお書きください。  
( \_\_\_\_\_ )
- 13) 飲酒は(しない・する:週 \_\_\_\_\_回 \_\_\_\_\_を \_\_\_\_\_ml程度)
- 14) 喫煙は(しない・する:1日 \_\_\_\_\_本)
- 15) マイナ保険証による診療情報(受診歴、薬剤情報、特定健診情報等)の取得について  
; (同意する・ 同意しない)
- 16) 当院を受診したきっかけは何ですか?  
(ホームページ ・ 知人の紹介 ・ 通りがかり ・ 看板 ・ 通院したことがある  
その他: \_\_\_\_\_)

ありがとうございました。