

フリガナ 氏名	生年月日	昭 平 令 年 月 日 ( ) 歳		
	ご職業			
連絡先 *** 必ずご記入 下さい	①自宅	身長	cm	
	②本人携帯	体重	kg	
	③緊急連絡先 (続柄： )	血液型	型 Rh( )	
夫・パートナー氏名	年齢 歳	職業		

【マイナ保険証に関して】\*マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか？ (はい・いいえ)

\*他の医療機関からの紹介状はありますか？ (はい・いいえ)

①本日来院された理由は何ですか？※あてはまる項目に○を付けてご記入下さい

- 妊娠についての相談 ( 妊娠している ・ 妊娠かどうか  
妊娠検査を 調べた ( 結果： 陽性 ・ 陰性 ) 調べていない  
出産を希望しますか？ ( はい ・ いいえ ・ 検討中 )
- 月経周期の相談 ( 生理不順 ・ 不正出血 )
- おなかが痛い
- 外陰部がかゆい、おりものが多い
- がん検診 ( 子宮 ・ 乳房 ) 希望

#6. 更年期の相談

#7. 不妊の相談

#別紙問診表がございます。②枚目もご記入下さい

- その他 ( 避妊の相談 ・ 膀胱炎症状 ・ セカンドオピニオン など )

②あなたの結婚についてお答えください

{ 結婚した年齢 ( ) 才 ・ 離婚した年齢 ( ) 才 ・ 独身 ( 同棲中・婚約中 )

{ 再婚した ( ) 才 ・ 夫現在 ( ) 才 }

・性交(セックス)の経験はありますか？ \_\_\_\_\_ → ( ある ・ ない )

③喫煙についてお聞かせ下さい \_\_\_\_\_ →

現在( 吸う ・ 吸わない )

\_\_\_\_\_本/日 ( 喫煙歴： \_\_\_\_\_歳～ \_\_\_\_\_歳 ) ・ やめた方 ( 喫煙歴： \_\_\_\_\_歳～ \_\_\_\_\_歳 )

④現在の飲酒についてお聞かせ下さい \_\_\_\_\_ →

( 飲む ・ 飲まない )

飲むと答えた方 ( 一日の摂取量は？ \_\_\_\_\_ )

⑤ご家族の中で下記の病気や、特別な病気にかかった方がいますか？ \_\_\_\_\_ →

( いる ・ いない )

高血圧 ( ) 糖尿病 ( ) 喘息 ( )

癌 ( ) その他 ( )

⑥生理(月経)についてお答えください

・初めて生理が始まった年齢は ( ) 歳 ・ 閉経は(生理が終わった) ( ) 歳

・生理は{ 順調 ・ 不順 }で、周期は ( ) 日型 ・ 量は{ 少ない ・ 中等量 ・ 多い }

・生理はだいたい ( ) 日間続きます

・生理痛は { ひどい ・ 軽い ・ ない }

\*最終月経\*

\_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日から ( ) 日間

\* 裏面へ続きます \*

⑦これまでの妊娠・分娩についてお答え下さい

※今回の妊娠は含めずご記入下さい

・妊娠したことがありますか？ \_\_\_\_\_ → ( ある ・ ない )

妊娠は全部で ( ) 回で出産は ( ) 回

流産 ( ) 回 ・ 中絶 ( ) 回 ・ 子宮外妊娠 ( ) 回 ・ 死産 ( ) 回

【分娩内容】※太枠内のみご記入下さい

	分娩年月日	週数	出生体重 (g)	性別	分娩方法	病院名	特記事項	GBS
1				男・女	正常・吸引・帝王切開(予定・緊急)			
2				男・女	正常・吸引・帝王切開(予定・緊急)			
3				男・女	正常・吸引・帝王切開(予定・緊急)			
4				男・女	正常・吸引・帝王切開(予定・緊急)			
5				男・女	正常・吸引・帝王切開(予定・緊急)			

\*枠がたりない方は下記の「memo」欄へご記入下さい。

⑧これまでの病歴についてお答えください

・婦人科で診断された病気はありますか？ \_\_\_\_\_ → ( はい ・ いいえ )

{ 筋腫 ・ 卵巣腫瘍 ・ 子宮内膜症 ・ 子宮脱 ・ 他 ( ) }

上記以外で { 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 喘息 ・ 盲腸(虫垂炎) ・ 心臓 ・ 腎臓 ・ 肝臓 ・ 結核 }

{ うつ病 ・ パニック障害 ・ 統合失調症 ・ 他 ( ) }

・これまでに手術を受けたことがありますか？ \_\_\_\_\_ → ( はい ・ いいえ )

いつ頃(年月日)か(年齢)	病名	病院名

・輸血を受けたことがありますか？ \_\_\_\_\_ → ( ある ・ ない )

・輸血が必要になった場合、同意しますか？ \_\_\_\_\_ → ( はい ・ いいえ )

・服薬中のお薬がありますか？または以前服薬していたお薬はありますか？ ( ある ・ ない )

いつ頃(年月日)か(年齢)	お薬の名前	病院名	現在の状況
			治療中 ・ 完治 その他 ( )

・アレルギーはありますか？ \_\_\_\_\_ → ( ある ・ ない )

お薬	食べ物	その他

・最後に子宮がん検診を受けたのはいつ頃ですか？ ( 年 月頃 ・ 受けていない )

・最後に胸部レントゲン検査を受けたのはいつ頃ですか？ ( 年 月頃 ・ 受けていない )

・この一年間で特定健診または自治体検診を受診しましたか？ ( はい ・ いいえ )

memo

\*「更年期の相談」・「不妊の相談」の方は 別紙問診表ご記入後 受付窓口へお渡し下さい \*

\*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。