

スムーズに診療を進めるために下記の項目にお答えいただいております。ご協力をお願いいたします。

■フリガナ氏名 _____ 様	■生年月日 ____年 ____月 ____日 ( ____歳)
■身長 _____ cm	■現在の体重 _____ kg
■血液型 _____ 型 Rh(+・-)	■妊娠前の体重 _____ kg
■夫フリガナ氏名 _____ 様	■未婚・既婚 ( ____年目) ■職業 _____
■現住所 〒 _____	■夫年齢 _____ 歳 ■夫職業 _____
■電話番号 _____ - _____	■実家住所 〒 _____
	(緊急連絡先 _____ - _____)

★マイナ保険証で受診の方にお尋ねします。

あなたの診療情報(服薬歴、健診歴など)当院が取得することに同意されましたか？

同意した  同意していない

1. 今日どのようなことで来院されましたか？

妊娠している・妊娠の可能性がある ⇒ 分娩を希望する(当院・他院)・中絶を考えている  
 今回の妊娠で他院産婦人科に受診はしましたか？(はい・いいえ)

※ はいの方は施設名をご記入ください( \_\_\_\_\_ )

その他 ( \_\_\_\_\_ )

2. 月経についてお聞きします。

初経 \_\_\_\_才 月経周期 \_\_\_\_日型(規則的・不規則)

1番最近の月経はいつですか？ \_\_\_\_月 \_\_\_\_日より開始 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日に終了

月経量(多い ふつう 少ない) 月経痛(つよい ふつう 軽い)

月経痛以外の症状があればご記入ください \_\_\_\_\_

3. 妊娠の経験はありますか？ ※今回のご妊娠も含まれます。

妊娠 \_\_\_\_回 分娩 \_\_\_\_回 流産 \_\_\_\_回 中絶 \_\_\_\_回

4. 現在治療中の病気や使用している薬がありますか？常用している市販薬やサプリメントもお書きください。

治療中の病気  なし  あり 病名: \_\_\_\_\_

使用している薬  なし  あり 薬名: \_\_\_\_\_

5. いままで大きな病気・手術・アレルギーなどの既往と生活習慣についてお聞きします。

大きな病気  なし  あり 病名: \_\_\_\_\_

手術  なし  あり 内容: \_\_\_\_\_ 輸血  なし  あり

ぜんそく  なし  あり 最終発作はいつですか？ \_\_\_\_年 \_\_\_\_月

薬のアレルギー  なし  あり 薬の名前: \_\_\_\_\_

食物アレルギー  なし  あり 食べ物の名前: \_\_\_\_\_

飲酒はしますか  いいえ  はい

喫煙習慣  ほとんど吸ったことがない  吸う  やめた

吸う、やめた にチェックを付けた方 1日 \_\_\_\_本を \_\_\_\_年間

※2枚目もご記入ください

スムーズに診療を進めるために下記の項目にお答えいただいております。ご協力をお願いいたします。

フリガナ	氏名		様
------	----	--	---

1. ご自身で妊娠反応の検査をしましたか？

- した → (いつですか? \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日) ( + ・ - )
- していない

2. 現在結婚していますか？

- 結婚している ( \_\_\_\_\_歳の時)
- 結婚していない (離婚の経験  なし  あり)
- (入籍予定  なし  あり)

3. 過去3カ月以内に以下のことはありましたか？ (あてはまるものにチェック)

- 発熱  発疹  頸部リンパ節の腫れ  風疹患者との接触
- 児童との接触が多い職場での就労
- 特になし

4. 過去の妊娠や分娩についてお聞きします。

- 今回が初めての妊娠 ( → 質問7へお進みください)
- 過去に妊娠したことがある (下の表に過去の妊娠についてご記入ください)

No.	年 月 日	週 日	妊娠 / 分娩	出生体重/性別	分娩施設
1			正常・吸引・鉗子・帝王切開・流産・中絶	g 男・女	
2			正常・吸引・鉗子・帝王切開・流産・中絶	g 男・女	
3			正常・吸引・鉗子・帝王切開・流産・中絶	g 男・女	
4			正常・吸引・鉗子・帝王切開・流産・中絶	g 男・女	
5			正常・吸引・鉗子・帝王切開・流産・中絶	g 男・女	

5. 過去の妊娠についてお聞きします (あてはまるものにチェック)

- 子宮外妊娠 ( \_\_\_\_\_回)  切迫流産・早産  早産
- 妊娠性糖尿病  妊娠高血圧症候群 (妊娠中毒症)  常位胎盤早期剥離
- ヘルプ症候群  分娩時大量の出血
- 上記の既往はなし

※裏面もご記入ください。

6. 過去に分娩した児についてお聞きします。(あてはまるものにチェック)
- 出生体重 2,500g 未満     出生体重 3,500g 以上     肩甲難産     死産
- 新生児死亡     B群溶連菌 (GBS) 感染症     新生児仮死
- 上記の既往はなし
7. 今回の妊娠成立法について
- 自然妊娠     不妊治療による妊娠 (治療法: \_\_\_\_\_)
8. 今までに指摘されたことがある婦人科疾患についてお聞きします。(あてはまるものにチェック)
- 子宮筋腫     子宮内膜症     子宮腺筋症     子宮奇形     卵巣腫瘍
- その他(病名 \_\_\_\_\_)
- 上記の病気を指摘されたことはない
9. 今までに指摘されたことがある病気についてお聞きします。(あてはまるものにチェック)
- 高血圧     糖尿病     腎疾患     心疾患     甲状腺の病気
- 肝炎     自己免疫性疾患     脳梗塞     脳内出血     てんかん
- 精神疾患     血液疾患     悪性腫瘍     血栓症
- その他(病名 \_\_\_\_\_)
- 上記の病気を指摘されたことはない
10. ご自分の両親あるいは兄弟に以下の病気を持った方はいますか?(あてはまるものにチェック)
- 高血圧     糖尿病     悪性腫瘍
- その他の遺伝性疾患(病名 \_\_\_\_\_)
- 上記の病気は持っていない

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お願いいたします。

◆医療情報取得加算(初診時)◆

健康保険証を利用された場合…医療情報取得加算 1 : 3点

マイナ保険証を利用または、

健康保険証を利用+他の医療機関からの紹介状を持参された場合…医療情報取得加算 2 : 1点

ありがとうございました。受付までお持ちください。