

当院では個人情報保護法に基づいて医療情報の管理を行っており、個人情報の保護に厳重な注意を払っています。

※ 下記太枠項目は必須事項になります。✓でチェックをお願いします。 初診日 年 月 日 ID

ふりがな	住所		
氏名	〒 -		
生年月日	西暦	年	月 日 (満 歳)
職業			
連絡先	携帯番号 - - 自宅番号 ( ) -	メールアドレス @	
緊急連絡先	氏名	連絡先 - -	続柄 ( )
	住所 〒 -		
※ 受診予約・検査その他、緊急を要する場合など、こちらから連絡する場合がございます。			
クリニックまでの通院時間 約 時間 分 交通機関 ( )			
ご紹介者	( ) <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> クリニック		

1) 本日はどのようなことで来院されましたか						
_____						
_____						
_____						
2) 月経について						
・初潮 歳		・閉経 歳				
・最終月経		月	日	～	日間	
・(その前の月経)		月	日	～	日間	
・周期 (月経が始まった日から次の月経があるまで)		<input type="checkbox"/> 順調 ( 日周期)		<input type="checkbox"/> 不調 ( 日から 日)		
・月経に伴い右記の症状はありますか		<input type="checkbox"/> 下腹部痛		<input type="checkbox"/> 腰痛		<input type="checkbox"/> 頭痛
・痛み止めを使用しますか		<input type="checkbox"/> はい		<input type="checkbox"/> いいえ		
3) 結婚について						
<input type="checkbox"/> 結婚 (西暦 年 月)		<input type="checkbox"/> 離婚 (西暦 年 月)				
<input type="checkbox"/> 再婚 (西暦 年 月)		<input type="checkbox"/> 未婚		<input type="checkbox"/> 未婚 (西暦 年 月結婚予定)		
4) 妊娠・出産について教えてください						
分娩年月日	性別	週数	出生体重	出産状態	妊娠合併症	
西暦 年 月 日	男・女	週	g	正常・帝王切開・流産・中絶・子宮外妊娠・死産	あり・なし	
西暦 年 月 日	男・女	週	g	正常・帝王切開・流産・中絶・子宮外妊娠・死産	あり・なし	
西暦 年 月 日	男・女	週	g	正常・帝王切開・流産・中絶・子宮外妊娠・死産	あり・なし	
西暦 年 月 日	男・女	週	g	正常・帝王切開・流産・中絶・子宮外妊娠・死産	あり・なし	
合併症があった方は記入をお願いします						

5) あなたのことについてお尋ねします

・身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ Kg 血液型 \_\_\_\_\_ 型 (Rh + - )

・喫煙歴 なし あり ( \_\_\_\_\_ 本/日 ・ 現在は吸っていない) ・性交渉経験 あり なし

・今まで経験された病気や、現在もお持ちの病気はありますか

特に何もなし

喘息(気管支喘息・小児喘息・ 最終発作 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃 吸入機使用した) 咳喘息

子宮筋腫 子宮内膜症 卵巣のう腫(チョコレートとう腫、デルモイド等) 腺筋症

がん \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )歳の時

てんかん(内服薬 \_\_\_\_\_ 最終発作 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃)

糖尿病(内科受診中) 高血圧(内科受診中) 消化器疾患( \_\_\_\_\_ )

甲状腺疾患(機能亢進症 ・ 機能低下症) 心臓病 肝臓病 腎臓病

精神疾患 ( \_\_\_\_\_ )

感染症( HIV \_\_\_\_\_ 梅毒 \_\_\_\_\_ B型肝炎 \_\_\_\_\_ C型肝炎 \_\_\_\_\_ ) その他( \_\_\_\_\_ )

・輸血が必要になった場合に輸血を受けることを 了承する 了承しない

・手術の経験 \_\_\_\_\_ 主な病気 \_\_\_\_\_ 手術名 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )歳の時

・内服中のお薬やサプリメントはありますか \_\_\_\_\_ 薬品名 \_\_\_\_\_

・下記のアレルギーはありますか なし あり

「あり」の方→ ピーナッツアレルギー 卵アレルギー 大豆アレルギー ラテックスアレルギー

・注射や内服薬で副作用・蕁麻疹やかゆみを経験したことはありますか なし あり(下記に記入お願いします)

注射・薬品名 \_\_\_\_\_

6)ご主人さまの健康状態についてお尋ねします

・喫煙歴 なし あり ( \_\_\_\_\_ 本/日・現在は吸っていない) ・身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ Kg

・病歴 \_\_\_\_\_ (主な病気 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ 歳の時))

ご記入ありがとうございました。