

(ふりがな) 氏名	記入日	令和 6年 月 日
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)
住所〒		
(自宅) TEL	(携帯) TEL	

☆マイナ保険証による診療情報取得に同意されますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ☆他の医療機関からの紹介状はありますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ☆1年間で健診（特定健診及び高齢者健診に限る）を受診しましたか ※マイナ保険証による診療情報取得に同意された方は記載不要です <input type="checkbox"/> はい（受診時期____年____月 指摘事項： _____） <input type="checkbox"/> いいえ

※下記の質問にお答えください。□には、当てはまる項目にレをつけてください。

1 今日はどうされましたか

- 妊娠かどうか（市販の妊娠検査薬は していない 陽性 陰性）
当院で分娩（お産）したい（分娩予定日 年 月 日）
生理不順（妊娠の可能性 あり なし）
月経以外の出血がある 月経が止まらない
月経量が多い 月経痛が強い おりものが多い・におう
陰部が痛い・かゆい 陰部にできものがある 膣や子宮が下がっている
下腹部が痛い 更年期 月経をずらしたい（ 月 日から 月 日まで）
検診で婦人科受診を指示された 他院からの紹介（紹介状 あり なし）
子宮頸がん検診 排尿時の異常 低用量ピル（避妊 治療）
中絶希望 ブライダルチェック アフターピル
その他の症状（ _____ ）

2 子宮頸がん検診を受けていますか

- いいえ はい（不明 最終検診____年____月頃）

3 月経について

- ①初経____歳 ②閉経____歳
 ③最終月経は 月 日から 日間で その前の月経は 月 日から
 ④月経周期（月経開始日から次の月経開始前日までの日数）
規則的で____日型 不規則
 ⑤結婚はしていますか 未婚 既婚
 ⑥性交経験はありますか はい いいえ

4 妊娠・出産歴はございますか

- () 回妊娠 () 回出産 (年 月 日 週頃) 自然分娩 帝王切開
 (年 月 日 週頃) 自然分娩 帝王切開
 (年 月 日 週頃) 自然分娩 帝王切開

☆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。