

| | | |
|------------|-------|------------------------------|
| ふりがな 氏名 | (旧姓) | 生年月日 (大・昭・平・令) 年 月 日 (歳) |
| 〒 住所 | | |
| 携帯番号 | — — | 自宅番号 — — |

＜最も相談したい項目には◎、他に相談したい項目があれば○の記入をお願いします。＞

※のある項目に○をされた方は尿検査の案内があるまでお手洗いを済ませずにお待ちください。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 妊娠検査薬で陽性反応が出た※ (月 日 自宅 ・ 他院) | <input type="checkbox"/> 西宮市子宮頸がん検診希望 クーポン ・ 偶数歳 |
| <input type="checkbox"/> 月経がない※ 妊娠検査薬で陰性が出た (月 日) 本日妊娠検査を 希望する ・ しない | <input type="checkbox"/> 子宮がん検診希望 (頸部細胞診+超音波) |
| <input type="checkbox"/> 中絶手術希望 | <input type="checkbox"/> 予防接種希望 子宮頸がんワクチン ・ 麻疹風疹ワクチン インフルエンザワクチン |
| <input type="checkbox"/> 性病チェック希望 | <input type="checkbox"/> 月経日を避けたい期間がある ① 月 日 ~ 月 日 ② 月 日 ~ 月 日 |
| <input type="checkbox"/> おりものの異常 多い ・ 臭い ・ 色 (茶・黄・緑) | <input type="checkbox"/> 低用量ピルで避妊したい 初めて 飲んでいたことがある (薬の名前 開始時期 年 月) |
| <input type="checkbox"/> 陰部の異常 かゆい ・ 痛い ・ できものがある | <input type="checkbox"/> ホルモン剤で生理痛、PMSを楽にしたい 避妊希望 あり ・ なし |
| <input type="checkbox"/> 月経が終わらない | <input type="checkbox"/> 緊急避妊薬がほしい ¥8,800 (税込) |
| <input type="checkbox"/> 月経以外の出血がある | <input type="checkbox"/> 避妊リングを入れたい |
| <input type="checkbox"/> 月経時の出血量 多い (増えてきた) ・ 少ない (減ってきた) | <input type="checkbox"/> 排尿時の異常※ 痛い ・ 近い ・ 血液が混じる |
| <input type="checkbox"/> 月経周期が安定しない | <input type="checkbox"/> 健康診断や他の医療機関で指摘された 子宮筋腫 ・ 卵巣腫瘍 ・ 貧血 ・ その他 検査結果持参 あり ・ なし |
| <input type="checkbox"/> 月経困難 生理痛 ・ 生理前の不調 ・ 下腹痛 | |
| <input type="checkbox"/> 異常に汗をかく ・ 顔がほてる | |

症状はいつからですか (ない方の記入は不要です)

ご相談内容を詳しくご記入ください

<月経について>

初潮： _____ 歳 閉経： _____ 歳

直近で生理が始まった日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 日間

月経周期（月経開始日から次の月経の前日までの日数）： _____ 日 ~ _____ 日

月経期間（月経開始日から終わるまでの日数）： _____ 日 ~ _____ 日

生理痛： ない ・ 次第に強くなっている ・ 以前とかわらない

出血量： 次第に多くなっている ・ 次第に少なくなっている ・ 以前とかわらない

結婚について： 未婚 ・ 婚約中 ・ 結婚（ _____ 年 _____ 月結婚） ・ 離婚

性交渉の経験： あり ・ なし

<妊娠、出産について> *現在授乳中ですか？ はい ・ いいえ

| 分娩年月日 | 性別 | 週数 | 出生体重 | 出産状態 |
|----------|-----|----|------|------------------|
| 西暦 年 月 日 | 男・女 | 週 | g | 自然・誘発・帝王切開・流産・中絶 |
| 西暦 年 月 日 | 男・女 | 週 | g | 自然・誘発・帝王切開・流産・中絶 |
| 西暦 年 月 日 | 男・女 | 週 | g | 自然・誘発・帝王切開・流産・中絶 |
| 西暦 年 月 日 | 男・女 | 週 | g | 自然・誘発・帝王切開・流産・中絶 |

<喫煙歴> なし ・ あり（ _____ 本 / 日） ・ 現在は吸っていない

<今までに入院が必要な病気、受けた手術、または治療中の病気がありますか？>

時期、病名、治療・手術内容、現在の状況

<ご家族や親せきに重い病気になられた方がいらっしゃいますか？>

例：母が〇〇、父が〇〇と病名をご記入ください。

<お薬や食べ物でアレルギーがあればご記入ください>

マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？ はい ・ いいえ

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つとめております。

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致します。

医療情報・システム基盤整備体制充実加算 1（初診時）：6点 月1回 マイナ保険証利用なし

医療情報・システム基盤整備体制充実加算 2（初診時）：2点 月1回 マイナ保険証利用あり

医療情報・システム基盤整備体制充実加算 3（再診時）：2点 月1回 マイナ保険証利用なし