

フリガナ 氏名	フリガナ 住所 〒		
生年月日 S・H 年 月 日	電話番号	職業	
未婚・既婚（年日）	身長 cm	体重 Kg	血液型 型 Rh（+ -）

1.本日はどのようなことで来院されましたか？（複数回答可、チェック☑してください）

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> がん検診希望 | <input type="checkbox"/> 緊急避妊 |
| <input type="checkbox"/> 月経トラブルについて（月経痛・月経不順・その他） | <input type="checkbox"/> 避妊相談 |
| <input type="checkbox"/> 不正出血 | <input type="checkbox"/> 性病チェック |
| <input type="checkbox"/> おりもの | <input type="checkbox"/> ブライダルチェック |
| <input type="checkbox"/> 外陰部の相談（かゆみ・できもの・痛み） | <input type="checkbox"/> 不妊相談 |
| <input type="checkbox"/> 妊娠している or 妊娠している可能性がある
（出産予定・検討中・中絶希望）※当院では、分娩は行っておりません。 | <input type="checkbox"/> 更年期障害と思われる症状 |
| | <input type="checkbox"/> その他 |

2.月経について

- 一番最近の月経（月 日より 日間） ・月経量（多い・普通・少ない）
- 月経周期（日型 規則的・不規則） ・月経痛（ひどい・普通・軽い）
- 初経 才 ・閉経 才

3.妊娠について

- 性交経験（有・無）
- 分娩 回 ・流産 回 ・中絶 回

4.今までに大きな病気、手術、アレルギー等の既往症について(有 or 無)のご記入をお願いします。

- 病名（子宮筋腫、感染症など）（有・無）【 】
- 輸血の経験（有・無）【 】
- 現在治療中の病気、服用薬など（有・無）【 】
- 喘息（有・無）【 】
- 食物アレルギー（有・無）【 】
- 薬物アレルギー（有・無）【 】
- その他アレルギー（花粉症、アトピーなど）（有・無）【 】

5.子宮がん検診

- 受けたことがある（年 月） ・受けたことがない

6.当院を何でお知りになりましたか？

- 当院ホームページ
- インターネット検索
- Google マップなどの地図アプリ
- 通りがかり、近くにお住まい
- 看板、建物を見て
- チラシ、ポスター、地域のお知らせ
- 他院、かかりつけ医からの紹介
- ご家族、ご友人からの紹介（様）

7.マイナ保険証による情報取得に同意しますか？

当院は、マイナ保険証の利用やオンライン資格確認により、他の医療機関での診療情報、薬局でのお薬の情報、特定健診の結果等を取得し、診療に役立てることがあります。これらの情報を取得・閲覧し、診療に活用することに同意されますか。

- 同意する 同意しない