

婦人科問診表

フリガナ _____

氏名 _____ 生年月日 昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)

住所 〒 _____ - _____ - _____

電話番号 自宅 _____ - _____ - _____ 携帯 _____ - _____ - _____

○マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか？ (はい ・ いいえ)

○他の医療機関からの紹介状を持っていますか？ (はい ・ いいえ)

○本日は、どのようなことで来院されましたか？該当するものに○印を記入してください。

1. 赤ちゃんがほしい → 別紙 不妊外来問診表へ

2. 生理不順

3. 生理痛

4. 妊娠の検査希望 妊娠反応尿検査を行った方 検査した日 _____ 月 _____ 日 (陽性 ・ 陰性)
(出産したい ・ 出産しない ・ 考え中)

5. おりものが多い・外陰部にかゆみがある・湿疹・できもの

6. 不正出血

7. 子宮がん検査

8. 避妊相談

9. 性感染症検査

10. ブライダルチェック →裏面の記入もお願いします

11. こうのとりチェック →裏面の記入もお願いします

12. その他 _____

○月経について

最終月経はいつですか？ _____ 月 _____ 日 _____ 日間

月経周期は (規則的 ・ 不規則) 周期 _____ ~ _____ 日

月経痛はありますか？ (はい ・ いいえ) 鎮痛剤を服用しますか？ (はい ・ いいえ)

○性交渉の経験はありますか？ (内診のため) (はい ・ いいえ)

○結婚はしていますか？ (はい _____ 年 ・ いいえ) 同棲中・交際中

○妊娠経験はありますか？ (有 ・ 無) 出産 _____ 回 流産 _____ 回 人工妊娠中絶 _____ 回

○現在、他の医療機関に通院していますか？ (はい ・ いいえ)

医療機関名 _____ 治療内容 _____

○これまでに入院や手術など大きな病気にかかったことがありますか？ (有 ・ 無)

病名 _____ 時期 _____ 医療機関名 _____

治療内容 _____

○現在、処方されているお薬はありますか？ (有 ・ 無)

(マイナ保険証で情報取得に同意された方は、直近1ヶ月以内の処方薬以外は、省略可能です。)

薬剤名 _____

○薬や食品などでアレルギーはありますか？ (有 ・ 無) _____

○この1年間で「特定健診」を受診しましたか？ (マイナ保険証で情報取得に同意された方は省略可能です。)(はい ・ いいえ)

→「特定健診」とはリボリックシド・ルームに着目した健康診査で、生活習慣病の予防を図ることを目的

受診時期・指摘事項等 _____

○喘息はありますか？ (有 ・ 無)

ご記入ありがとうございました。

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。

10. プライダルチェック 検査項目

○印を記入してください

※オプション検査のみの選択はできません

記入欄

基本検査項目	問診 一般血液検査(血液型・貧血)、 風疹ウイルス抗体検査、クラミジア抗体価検査、 B型肝炎ウイルス検査、C型肝炎ウイルス検査、 梅毒検査、HIV検査、 超音波検査、膣分泌物検査(おりもの)	16,000円 + 税
オプション検査	子宮頸癌検査	3,000円 + 税
	HPV検査	5,000円 + 税
	性行為感染症(クラミジア・淋菌)検査	4,000円 + 税
	AMH検査	8,000円 + 税

11. こうのとりにチェック 検査項目

○印を記入してください

※オプション検査のみの選択はできません

記入欄

基本検査	AMH検査、ビタミンD、貧血検査、 ホルモン検査(FSH,LH,PRL,テストステロン) 血液型(ABO,Rh)検査、 B型肝炎ウイルス検査、C型肝炎ウイルス検査、 梅毒検査、クラミジア抗体価検査、HIV検査、 風疹ウイルス抗体検査、CA125(子宮内膜症検査) TSH/抗TPO抗体(甲状腺ホルモン検査) 超音波検査	35,000円 + 税
オプション検査	子宮頸癌検査	3,000円 + 税
	HPV検査	5,000円 + 税
	性行為感染症(クラミジア・淋菌)検査	4,000円 + 税
	抗精子不働化抗体検査	7,000円 + 税
追加検査	卵管造影検査	25,000円 + 税