

【4】ご自身についておたずねします

1. 現在服用中の薬はありますか？

いいえ ・ はい → 薬品名 \_\_\_\_\_

2. これまでにかかった病気や治療中の病気はありますか？ 婦人科以外も含めてご記入ください。

いいえ ・ はい → 病名 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 才の頃 / 治療中 ・ 完治

3. いままで手術や輸血をしたことがありますか？

いいえ ・ はい → 以下に記入して下さい

| 年齢 | 病名 | どんな手術でしたか | 病院名 | 輸血    |
|----|----|-----------|-----|-------|
| 才  |    |           |     | あり・なし |
| 才  |    |           |     | あり・なし |

4. タバコ (吸わない ・ 吸う方 \_\_\_\_\_ 本/日)

5. 飲酒 (飲まない ・ 時々 ・ 飲む \_\_\_\_\_ ml 程度/日・週・月)

6. ご自身の両親や兄弟姉妹で以下の病気の方はいますか？ 無 ・ 有り → ( ) 内に貴方との続柄を記入してください。

高血圧 ( ) 糖尿病 ( ) 癌 ( ) 遺伝性疾患 ( ) その他 ( )

7. 診察・治療に際しての宗教上の制約はありますか？ なし ・ あり ( )

【5】妊娠出産歴について

1. 性交(セックス)の経験はありますか？ ( なし ・ はい )

2. 妊娠歴 なし ・ あり \_\_\_\_\_ 回

そのうち 人工中絶 \_\_\_\_\_ 回 自然流産(～22週まで) \_\_\_\_\_ 回 早産(22週～36週) \_\_\_\_\_ 回

3. 妊娠歴をご記入下さい(すべての妊娠について)

|   | 年 月 日       | 週数 | 方法<br>(○をつけて下さい) | 性別  | 出生体重 | 児の健康状態 |    | 分娩場所  |
|---|-------------|----|------------------|-----|------|--------|----|-------|
|   |             |    |                  |     |      | 出産時    | 現在 |       |
| 1 | 西暦<br>年 月 日 | 週  | 普通・帝王切開・流産等      | 男・女 | g    |        |    | 当院・他院 |
| 2 | 西暦<br>年 月 日 | 週  | 普通・帝王切開・流産等      | 男・女 | g    |        |    | 当院・他院 |
| 3 | 西暦<br>年 月 日 | 週  | 普通・帝王切開・流産等      | 男・女 | g    |        |    | 当院・他院 |
| 4 | 西暦<br>年 月 日 | 週  | 普通・帝王切開・流産等      | 男・女 | g    |        |    | 当院・他院 |

4. 上記妊娠中に下記の診断を受けましたか、また、入院はしましたか。

(妊娠高血圧症候群/妊娠糖尿病/切迫早産/頸管をしばる手術/その他 \_\_\_\_\_)

【6】アレルギー体質はありますか？ ( いいえ ・ はい )

(はい)とお答えの方 → ◎ 花粉症 ・ アトピー ・ その他 ( \_\_\_\_\_ )

◎ くすり・注射薬剤 (薬剤名 \_\_\_\_\_)

◎ 食物 ( \_\_\_\_\_ )

◎ その他 ( \_\_\_\_\_ )

ぜんそくにかかったことはありますか？ ( いいえ ・ はい → 最終発作は \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日頃)

【7】ご主人(パートナー)について教えてください

年齢 ( \_\_\_\_\_ 才) 職業 ( \_\_\_\_\_ ) 血液型 ( \_\_\_\_\_ 型) RH ( + - ) 身長 ( \_\_\_\_\_ cm)

健康ですか はい ・ いいえ → 病名 \_\_\_\_\_

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(初診時) 加算1(マイナ保険証なし)「4点」 加算2(マイナ保険証あり)「2点」

さめじまボンディングクリニック