

AMH外来問診票

当院ではご提供いただいた個人情報は医療サービスの提供、医療保険事務など目的に特定して利用させていただきます。したがって個人情報が外部に漏れることはありません。以下の質問にお答えください。

1. 基本情報

ふりがな		身長	体重	血液型
お名前		cm	kg	
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)			
職業				

竹内レディースクリニック本院（始良院）の受診歴はありますか？ いいえ / はい

婚姻関係にあてはまるものに丸をつけてください 入籍済 / 婚約中 / 事実婚 / 未婚

2. 月経について

初潮	才
月経周期	順調 (日周期) / 不順 持続日数 日間
	最終生理 年 月 日から 日間
	その前 年 月 日から 日間
月経量	多量 / 中等量 / 少量
生理痛はありますか	下腹痛 / 腰痛 / 頭痛 / その他 ()
鎮痛剤は服用しますか	いいえ / はい (薬名:)
性交痛がありますか	いいえ / はい

3. 妊娠・出産歴 ない / ある

	妊娠または出産	妊娠週数	分娩経過	病院名	出生児
1	年 月 才	週	1.正常分娩 2.帝王切開 3.死産 4.流産 5.早産 6.中絶		g 男 / 女 健 / 否
2	年 月 才	週	1 / 2 / 3 / 4 / 5 / 6		g 男 / 女 健 / 否
3	年 月 才	週	1 / 2 / 3 / 4 / 5 / 6		g 男 / 女 健 / 否
4	年 月 才	週	1 / 2 / 3 / 4 / 5 / 6		g 男 / 女 健 / 否

4. 現在、産婦人科以外で通院中の方はご記入下さい

疾患名 () 病院名 ()

5. 現在、内服しているお薬もしくはサプリメントはありますか？

いいえ / はい (薬名)

6. アレルギーについて

①アレルギーはありますか	いいえ / はい	原因となるもの ()
		症状 ()
②アルコール綿・ゴム製品のアレルギーはありますか	いいえ / はい	<input type="checkbox"/> アルコール綿 (消毒) <input type="checkbox"/> ゴム製品
		症状 ()
③薬 (飲み薬や注射、歯科麻酔薬など) で副作用を起こしたことはありますか	いいえ / はい	医薬品名 () / 不明
		副作用 ()
④ヨードアレルギーまたは造影剤を使用した検査で副作用を起こしたことはありますか	いいえ / はい	検査名 () / 不明
		副作用 ()

7. 手術をしたことがありますか

いつ頃 (年 月) 病名 () 病院名 ()

8. 入院をしたことがありますか

いつ頃 (年 月) 病名 () 病院名 ()

9. 輸血を受けたことがありますか いいえ / はい (「はい」の方はお答えください)

10. 血縁の家族の中に何か特別な病気の人がありますか

いない / いる 続柄 ()

- 遺伝病 高血圧 糖尿病 癌 甲状腺 膠原病
 その他 ()

11. 信仰している宗教はありますか いいえ / はい

12. 宗教上医療行為などに制限がありますか いいえ / はい

13. マイナ保険証による診療情報取得に同意いただけますか。(する / しない)

※同意されない場合は、下記内容の加算1が発生します。

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。

- ◆医療情報取得加算 (初診時) 加算1 3点
加算2 1点 (マイナ保険証を利用した場合)

14. その他、何かありましたらご自由にお書きください