

妊活健診 問診票

記入日 20 年 月 日

| | | | |
|----------|------------------|--------|--------|
| 本人 | ふりがな 氏名： ()歳 | 身長： cm | 体重： kg |
| 夫(パートナー) | ふりがな 氏名： ()歳 | 身長： cm | 体重： kg |

1. お子様を希望されてどれくらいたちますか？
()年()ヶ月

2. 結婚していますか？
はい()歳時)・いいえ

3. 月経について(最近3ヶ月の状況)

最終月経：20 年 月 日から 授乳：なし・あり・断乳後()ヶ月)

| | |
|---|--------------------------|
| 初経年齢： 歳 | 月経周期： ~ 日 (月経周期不順：なし・あり) |
| 月経持続期間： ~ 日間 | 月経量：多・普通・少 |
| 月経痛：無・軽・中・重 (下腹痛・腰痛・頭痛・吐き気) | |
| 鎮痛剤の使用：なし・あり | |
| ピル内服について 今まで使用したこと：なし・あり (内服後中止した・中止して1ヶ月以上経過・中止して1ヶ月以内・現在内服中) | |
| その他の症状：不正出血・異常乳汁(漏出)・その他() | |

4. 夫婦生活について 頻度： 回/週・月 性交痛(なし・あり)
夫(パートナー)について気になること：勃起できない・挿入できない・射精できない

5. 妊娠経験はありますか(なし・あり) 化学流産(なし・あり)

※ 化学流産とは子宮内に胎嚢(赤ちゃんの袋)が見えない極初期の妊娠・流産のことです。

| 妊娠 | 妊娠経過 | 年月日(左記の年齢) | 週数 | 児の性別 出生体重 | 妊娠中や分娩時の異常 |
|-------------------------|--------------------------|---------------|----|--------------|------------|
| 自然・タイミング療法 人工授精・体外受精 | 経膈分娩・帝王切開 流産・異所性妊娠・中絶 | 20 年 月 日 ()歳 | 週 | 男・女 g | |
| 自然・タイミング療法 人工授精・体外受精 | 経膈分娩・帝王切開 流産・異所性妊娠・中絶 | 20 年 月 日 ()歳 | 週 | 男・女 g | |
| 自然・タイミング療法 人工授精・体外受精 | 経膈分娩・帝王切開 流産・異所性妊娠・中絶 | 20 年 月 日 ()歳 | 週 | 男・女 g | |

6. アレルギーはありますか(なし・あり)

ありの場合(薬剤名： 食べ物： その他：)

7. ゴム製品のアレルギーはありますか(なし・あり)

8. 今までに病気や手術をしたことがありますか(なし・あり)

ありの場合(いつ頃： 病名：)

9. 現在、内服している薬はありますか(なし・あり)

ありの場合(薬剤名：)

< 夫(パートナー)についてお答えください >

1. アレルギーはありますか(なし・あり)

ありの場合(薬剤名： 食べ物： その他：)

2. 今までに病気や手術をしたことがありますか(なし・あり)

ありの場合(いつ頃： 病名：)

3. 現在、内服している薬はありますか(なし・あり)

ありの場合(薬剤名：)

【受付用紙】

*** ご本人・パートナーの方、1人1枚ご記入ください。**

(妊活健診の方はご本人のみご記入ください。)

*2階受付に保険証と一緒に提出して下さい。

*氏名・住所・電話番号に変更がある場合、再度提出が必要となります。

受付用紙をお渡ししますので受付窓口へお声がけください。

記入日 20 年 月 日

| | | | | |
|---|-------------|--|----------|-----|
| ふりがな | | | 性別 | 男・女 |
| 氏名 | | | 年齢 | 才 |
| 生年月日 | 昭和・平成 年 月 日 | | | |
| 住所 | 〒 - | | | |
| 電話 | 携帯 () - | | 自宅 () - | |
| 妻・夫 / パートナー | ふりがな | | | |
| | 氏名 | | | |
| 受診歴のある方はご記入ください。 アルテミス ウイメンズ ホスピタル ID: | | | | |

【保険証について】

当院ではマイナンバーカードなどを利用したオンライン資格確認システムを導入しております。

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します。

厚生労働省の規定により、医療情報取得加算を算定いたします。

下記項目に○をつけてください。

| | | |
|----------------------------------|----|-----|
| 本日紹介状はお持ちですか？ | はい | いいえ |
| 健康保険に加入していますか？ | はい | いいえ |
| 本日保険証はマイナンバーカードを利用されますか？ | はい | いいえ |
| マイナンバーカードを利用される方 診療情報取得に同意されますか？ | はい | いいえ |