

# 初診時間診票

記入日 年 月 日

\*治療をするための大切な資料です。できるだけ詳しく、全ての項目をご記入ください。

	氏名	年齢	生年月日	職業	身長	体重
本人	(ふりがな)	歳	S H 西暦 年 月 日		cm	kg
夫 またはパートナー	(ふりがな)	歳	S H 西暦 年 月 日		cm	kg

☆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、マイナンバーカードの利用にご協力をお願いいたします。

マイナンバーカードをご利用時、初診料がお安くなります。

\*医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時)加算1…6点、加算2…2点(マイナンバーカードを利用した場合)

☆マイナンバーカードによる診療情報取得に同意していただけますか？ 同意する 同意しない

## 【治療歴】

○初診時は子宮頸がん検査・クラミジア検査・風疹抗体価を実査します。

\*月経中の方は子宮頸がん検査・クラミジア検査は次回の診察時に実施します。

了承し検査を受ける。(子宮頸がん検査・クラミジア検査・風疹抗体価)

1年以内に検査を受け、検査データを持っている。(子宮頸がん検査・クラミジア検査・風疹抗体価)

近日中(1か月以内)に検査を受ける予定がある。(子宮頸がん検査・クラミジア検査・風疹抗体価)

これまでの不妊治療(診察を受けたことがある・初めて診察を受ける)

## ○検査

・卵管造影検査(病院名: ) 通水検査(病院名: )

・子宮鏡検査(病院名: ) ERA検査(病院名: )

・子宮内膜蠕動運動検査(病院名: ) その他(内容・病院名: )

## ○治療法

・タイミング法(病院名: ) 人工授精(病院名: )回

・体外受精(病院名: )回 顕微授精(病院名: )回

・不育症治療(病院名: ) その他(内容・病院名: )

・卵管鏡下卵管形成術FT(病院名: )

## 【月経】

○最終月経(最近の月経) 月 日 ~ 月 日

○初潮 歳 ○月経日数 日間 ○月経周期 日型

○自覚症状(月経痛あり薬を飲む・飲まない 血塊がある 下痢をする)

## 【結婚・妊娠・分娩】

○結婚・入籍 年 月 日・入籍予定 年 月頃・事実婚

○SEX・経験がある・経験がない・うまくいかない

H, R, 西暦 妊娠 週 日 g(男・女)	年 月 日	妊娠方法:治療なし・タイミング・人工授精・体外受精(新鮮胚移植・凍結胚移植) 転帰:人工中絶・流産・死産・出産(経腔分娩・予定帝王切開・緊急帝王切開)
H, R, 西暦 妊娠 週 日 g(男・女)	年 月 日	妊娠方法:治療なし・タイミング・人工授精・体外受精(新鮮胚移植・凍結胚移植) 転帰:人工中絶・流産・死産・出産(経腔分娩・予定帝王切開・緊急帝王切開)
H, R, 西暦 妊娠 週 日 g(男・女)	年 月 日	妊娠方法:治療なし・タイミング・人工授精・体外受精(新鮮胚移植・凍結胚移植) 転帰:人工中絶・流産・死産・出産(経腔分娩・予定帝王切開・緊急帝王切開)
H, R, 西暦 妊娠 週 日 g(男・女)	年 月 日	妊娠方法:治療なし・タイミング・人工授精・体外受精(新鮮胚移植・凍結胚移植) 転帰:人工中絶・流産・死産・出産(経腔分娩・予定帝王切開・緊急帝王切開)

<裏面もご記入をお願いします>

○ラテックスアレルギーと指摘されたことはありますか。 ない ある ( )

○アルコール綿花で皮膚が赤くなったことはありますか。 ない ある ( )

○採血で気分不良になったことはありますか。 ない ある ( )

### 【アレルギー】

○内服薬や注射薬のアレルギー反応を起こしたことはありますか。

ない ある (薬品名・症状 )

○喘息を診断されたことはありますか。

ない ある ( 最終発作 )

以下、喘息と診断されたことがある方は記入してください。

医師に解熱鎮痛薬の使用を注意されている。

特に注意はない \*今までに使用したことのある解熱鎮痛薬を記入してください。

( ロキソニン・ボルタレン・市販のバファリン )

○緑内障と診断されたことがありますか。

ない ある

○心疾患の既往があり、不整脈・動悸・息切れ・立ちくらみなどはありますか。

ない ある ( )

○てんかんと診断されたことはありますか。

ない ある

○今までに手術の経験がありますか。

ない ある ( )

○分娩・流産・人工妊娠中絶などで出血多量や麻酔トラブル、その他の異常を経験したことはありますか。

ない ある ( )

○食品アレルギーはありますか。

ない ある ( )

○その他のアレルギーはありますか。

ない ある ( )

### 【既往・現病歴】

○幼少期～現在までに受けた治療・手術についてすべてご記入ください。

○現在、通院中の病院、使用している薬剤名をすべてご記入ください。

### 【嗜好品】

○タバコ

吸わない 吸っていたがやめた 吸う (1日 本 年)

○アルコール

飲まない 飲む (1週間 回、1回量 ml程度)

\*ご記入ありがとうございました。