

カルテNO

〒

携帯 () -

<続柄>

住所:

緊急連絡先 () -

< >

【里帰り分娩の方のみご記入ください】

ご実家の住所:

TEL () -

フリガナ	
お名前	

生年月日

S・H・R 年 月 日

年齢: 歳 国籍:

身長: cm 体重: Kg

- 本日 受診されたのは? 項目の□をチェックしてください。
 - ブライダルチェック
 - 精液検査 今までに精液検査を受けたことは? 無・有 (年 月)
 - その他 ()
- アレルギー(薬・食べ物など)はありますか?
 - ある () ない
- ご結婚についてお聞きます。
 - 未婚 既婚 再婚 結婚時年齢: 歳
 - 配偶者・パートナーについて 年齢 歳 国籍
 - 健康 病気 () 離別 死別
- 今までに以下の病気にかかったことがありますか?ある場合は□をチェックしてください。
 - 結核 (年齢: 治療中・治癒)
 - 高血圧 (年齢: 治療中・治癒)
 - 性病 (病名: 年齢: 治療中・治癒)
 - 心臓病 (病名: 年齢: 治療中・治癒)
 - 腎臓病 (病名: 年齢: 治療中・治癒)
 - 糖尿病 (年齢: 治療中・治癒)
 - 遺伝的疾患 (病名: 年齢: 治療中・治癒)
 - 喘息 (年齢: 治療中・治癒:最終発作 年 月)
 - 精神疾患 (病名: 年齢: 治療中・治癒)
 - その他 ()
- 現在、他の医療機関に通院していますか?
 - はい () ない
- 今までに手術・入院をしたことがありますか?
 - ある (年齢: 理由:) ない
- 今までに輸血をしたことがありますか?
 - ある (年齢: 理由:) ない
- 現在、内服しているお薬がありますか?
 - ある () ない
- ご家族に病気の方はおられますか?(※()内に続柄をお書きください)
 - 高血圧() 糖尿病() 遺伝性疾患() その他()
- 当院において、医師やスタッフに把握しておいてもらいたいことはありますか?
 - ない ある()
- 当院は診療情報を取得・活用する事により、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します。