

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 )
  - 性同一性障害の相談
  - 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をお願いします。