

診療申込書・問診表 (産婦人科)

受診日 令和 年 月 日

フリガナ		性別	生年月日
患者氏名		男・女	明・大 年 月 日 昭・平 (満 歳)
住 所	〒 - 飯田市・下伊那郡		
電話番号	() -	携帯番号	-

マイナ保険証による診療情報の取得に同意しますか？

はい・いいえ

他の医療機関からの紹介状をお持ちですか？

はい・いいえ

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。

※うしろに問診票があります。

今後、皆様にあった妊娠・出産・育児サポートを行っていくため、いくつかの質問への回答をお願いいたします。

①今回が初めての妊娠ですか？ はい いいえ (回目)

既婚 再婚 婚約中 未婚

最終月経 年 月 日 から 月 日まで

月経周期 () 日周期 ・ 不順

経膈分娩 回 (妊娠経過での異常： なし あり《妊娠性糖尿病・高血圧・その他》)

帝王切開 回 (帝王切開の理由： 骨盤位 (逆子) その他)

流産 回 中絶 回 子宮外妊娠 回 胎状奇胎 回

分娩希望 中絶希望

※スタッフ記入欄

妊娠 週 日

EDC 年 月 日

②今までに帝王切開以外の手術をしたことがありますか？

はい (子宮筋腫・卵巣嚢腫・子宮頸部異形成・その他《))

いいえ

③現在通院治療中、もしくは以前通院治療していたことはありますか？

はい (現在通院中 以前通院していた)

いいえ

※通院している (していた) 科は

内科 (喘息・高血圧・他《))

心療内科・精神科・カウンセリング《病名：))

その他《))

※内服している薬が ある《)) なし)

④アレルギーはありますか？

はい (薬《)) 食べ物《)) その他《))

いいえ

⑤血縁関係のある方 (実父・母、兄弟、実祖父・母) で以下の病気の方はいらっしゃいますか？

高血圧 糖尿病 遺伝性疾患

⑥分娩先はどちらですか？

飯田市立病院 飯田市内助産院

駒ヶ根高原レディースクリニック その他 ()

⑦何か心配なことや質問はありますか？

[]

必要時、出産先の病院や市町村の保健師さんと情報を共有することがあります。

情報共有を同意していただけますか？

はい

いいえ

助産師サイン

署名 _____