



〒541-0051

大阪府大阪市中央区備後町4丁目1-3

御堂筋三井ビルディング 1階

TEL 06-6201-0317

<https://www.nishikawa.or.jp/>

初診時間診票

以下の質問をお読みになり、当てはまるもの全てにチェックまたは記載をお願いいたします。

① ご本人様についてお聞かせください。

ふりがな

氏名

生年月日：西暦_____年____月____日 年齢：_____歳

ご住所（郵便番号）_____ - _____

_____ 県 市

電話番号（ご自宅）_____ - _____ - _____

（携帯電話）_____ - _____ - _____

身長：_____cm 体重：_____kg

一番最近の月経が開始した日：西暦_____年____月____日

月経開始から次の月経開始までの日数：（短いとき）_____日～（長いとき）_____日

これまでの妊娠回数：_____回 出産回数：_____回

流産：_____回 中絶：_____回 子宮外妊娠：_____回 死産：_____回

性交歴：あり（最後に性交があった時期：西暦_____年____月____日） なし

喫煙：あり（_____本/日） なし 過去にあり

婚姻状況：入籍 未入籍（パートナーあり） パートナーなし

② 来院の理由をお聞かせください（他院からの紹介状あり 紹介状なし）

不妊の相談 流産の相談 妊娠中の相談 妊娠しているか確認してほしい

不正性器出血がある 月経の異常がある（量が多い 痛みが強い 月経が不規則）

下腹部痛 外陰部（女性器周辺）の異常 おりものの異常 性感染症の相談

子宮筋腫の相談 子宮内膜症の相談 子宮腺筋症の相談 卵巣腫瘍の相談

子宮内膜ポリープの相談 ピル処方 子宮頸がんの検診 月経開始日の変更、移動

更年期症状の相談 ブライダルチェック

その他



〒541-0051

大阪府大阪市中央区備後町4丁目1-3

御堂筋三井ビルディング 1階

TEL 06-6201-0317

<https://www.nishikawa.or.jp/>

③ 過去のご病気や手術などについてお伺いします

子宮筋腫（手術をした：西暦_____年____月____日）

子宮腺筋症（手術をした：西暦_____年____月____日）

子宮内膜症（左 右）（手術をした：西暦_____年____月____日）

子宮内膜ポリープ（手術をした：西暦_____年____月____日）

子宮体癌（手術をした：西暦_____年____月____日）

卵巣腫瘍（手術をした：西暦_____年____月____日）

卵巣と卵管を摘出した（左 右） 卵管を摘出した（左 右） 子宮を摘出した

子宮頸がん検診で、異常を指摘されたことがある。

子宮頸がん検診で異常を指摘され、手術をした（円錐切除）：西暦_____年____月____日

内科疾患（現在他院を受診している） 精神科疾患（現在他院を受診している）

てんかん

その他

④ 最後に子宮頸がんの検査をしたのはいつですか

_____年____月____日に実施した 実施したことはない

⑤ アレルギーはありますか

お薬のアレルギーがある

食べ物のアレルギーがある

金属アレルギーがある ラテックス（天然ゴム）のアレルギーがある

その他

⑥ 現在使用しているお薬はありますか

ない ある



〒541-0051

大阪府大阪市中央区備後町4丁目1-3

御堂筋三井ビルディング1階

TEL 06-6201-0317

<https://www.nishikawa.or.jp/>

マイナンバーカード保険証につきまして

- マイナンバーカード保険証をご持参の場合、情報取得に同意されますか。

同意する

同意しない

お名前 _____

当院では診療情報を取得・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・活用するためにマイナンバーカード保険証の
利用にご協力をお願いいたします。

☆医療情報・システム基盤整備体制充実加算について

オンライン資格確認原則義務化に伴い、上記加算が新設されました。

初診時には、マイナンバーカード保険証をご提示いただき情報活用に同意いただいた場合、保険点数2点が加算されますが、従来の健康保険証をご提示いただいた場合や、マイナンバーカード保険証をご提示いただいたが情報活用に同意いただけない場合、保険点数6点が加算されます。

☆☆オンライン資格確認の導入・義務化につきましては、厚生労働省のHPをご覧ください☆☆