



〒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ご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☆☆



〒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/>

以下は妊娠相談、流産相談の方のみお答え下さい。

- ① パートナー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 ご年齢：_____歳

電話番号（ご自宅） _____ - _____ - _____

（携帯電話） _____ - _____ - _____

身長：_____cm 体重：_____kg

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

□離婚 □再婚 □入籍予定あり

- ② 妊娠を考えてからどれくらい時間が経過しましたか：_____年_____ヵ月

- ③ 以下の検査を実施されていますか。実施されている場合、いつ実施しましたか。

□検査を実施したことはない

子宮鏡検査：□実施した（西暦_____年____月____日） □実施していない

子宮卵管造影検査：□実施した（西暦_____年____月____日） □実施していない

パートナー様の精液検査：□実施した（西暦_____年____月____日） □実施していない

ホルモン検査：□実施した（西暦_____年____月____日） □実施していない

クラミジア検査：□実施した（西暦_____年____月____日） □実施していない

感染症検査

ご本人様：□実施した（西暦_____年____月____日） □実施していない

パートナー様：□実施した（西暦_____年____月____日） □実施していない

- ④ 以下の治療を実施されたことはありますか。紹介状を持参されている場合、ご提出ください。

□治療を行ったことはない。

□タイミング法：_____回実施した

□人工授精：_____回実施した。

□体外受精・胚移植：採卵：_____回 胚移植：_____回（保険での移植回数：_____回）