

記入日 年 月 日

住所	〒（ - ）		
ふりがな		生年 月日	昭・平・令・西暦 年 月 日（ 歳）
氏名	（ 女 ・ 男 ）		
電話 番号	自宅 - -	職業	
	携帯 - -	紹介	他院からの紹介状： あり ・ なし
	緊急連絡先 - - 続柄（ ）		知人からの紹介：

① 妊娠判定	⑦ 排尿の異常（痛み・頻尿）
・妊娠を継続する	⑧ おりものの異常
・妊娠を継続しない	⑨ 更年期障害（のぼせ・めまい・冷え・肩こり）
市販の妊娠検査薬を	⑩ 不妊の相談
・実施（ 月 日 陽性 ・ 陰性 ）	⑪ 避妊の相談
・実施していない	⑫ 緊急避妊ピル
② 生理不順	⑬ 生理予定日の変更
③ 出血	⑭ 乳房トラブル（授乳における）
④ 生理の異常（長引く・多い・少ない・痛む）	⑮ 子宮がんの検査
⑤ 腹痛・腰痛	⑯ 性病の検査
⑥ 外陰部の異常（かゆみ・痛み・その他： ）	⑰ その他（ ）

薬：
食べ物：
ぜんそく ・ 花粉症 ・ アトピー
その他：

◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算 2（マイナ保険証を利用した場合）：2 点