

7 今までにかかった主な病気、受けた手術について (婦人科以外も含めて)

- ① 病気になったり、手術を受けたことがありますか はい ・ いいえ
 ・ 病気 () は () 才のとき
 () は () 才のとき
 ・ 手術 () は () 才のとき
 () は () 才のとき
- ② 現在、治療中の病気や内服している薬はありますか はい ・ いいえ
 ・ 治療の内容は () ・ 内服中の薬は ()
 () ()
 ・ 医療機関名 () ・ 受診日 ()
- ③ 今まで使った薬や注射で副作用を起こしたことがありますか はい ・ いいえ
 ・ 薬品名は () ・ 症状は ()
 () ()
- ④ 喘息など、アレルギー(食品含む)体質がありますか はい ()
 いいえ
- ⑤ 今までに血が止まりにくかった経験はありますか はい () いいえ
- ⑥ 最近、子宮癌検診を受けましたか はい (年 結果) いいえ
- ⑦ 性感染症にかかったことがありますか はい () いいえ
- ⑧ 飲酒の習慣はありますか はい (程度) いいえ
- ⑨ 喫煙の習慣がありますか はい (本/日) いいえ

8 今までの不妊治療

なし
 あり 期間 (年) 不妊の原因がわかれば記入 ()

一般治療

- ・ タイミング法 なし あり (回数 回) 施設名 ()
- ・ 排卵誘発剤投与 なし あり (回数 回) 施設名 ()
- ・ 子宮卵管造影 なし あり (結果) 施設名 ()
- ・ 人工授精 なし あり (回数 回) 施設名 ()

- 体外受精 なし あり (回数 回) 施設名 ()
- 顕微授精 なし あり (回数 回) 施設名 ()
- 凍結胚移植 なし あり (回数 回) 施設名 ()

9 御主人について

- ・ 健康ですか はい いいえ
- ・ 今までにかかった病気はありますか はい () いいえ
- ・ 精液検査をしたことがありますか はい (結果) いいえ
 (施設名)

10 本日、特に質問したい内容をご記入ください

マイナンバーカードをご提示いただいた方へ

- (1)マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか？ (はい・いいえ)
- (2)この1年で健診(特定健診及び高齢者健診に限る)を受診しましたか？
 (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。

- ◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時) 加算① 4点 加算② 2点 (マイナ保険証を利用した場合)