

フリガナ			年齢	生年月日	
氏名			才	昭和・平成・令和	年 月 日
住所	〒				
電話番号	自宅	-	-	勤務先	
	携帯	-	-	TEL - -	
身長	cm	体重	kg	血液型	型 喫煙 無・有(本/日)・禁煙した
ご主人の勤務先			ご主人の電話番号		- -

来院目的について

- 子宮がん検診 (頸部のみ ・ 体部まで ・ 人間ドッグ)
- 不正出血
- ピル処方相談 緊急避妊ピル おりものの異常 外陰部の異常
- 性感染症検査 更年期症状 プラセンタ療法 その他
- 妊娠 (当院で出産 ・ 里帰り出産 ・ まだ決めていない)
- ➔市販の検査薬にて 調べた→(陽性(いつ： /)・ 陰性) 調べていない
- 中絶希望 まだ決めていない

内診の経験
ある・ない
わからない
医師希望あり

医師に相談したい事をご記入ください

{ }

月経について

初潮 (歳) 閉経 (歳)
 最終月経 (月 日 ~ 月 日) 月経周期 順調(日周期) ・ 不順

結婚はしていますか？

はい (結婚： 年 月) 予定あり (初婚 ・ 再婚) いいえ

妊娠・出産歴について

・ 妊娠 (回) ・ 出産 (回) ・ 流産 (回) → (週) ・ 人工妊娠中絶 (回)
 わかる範囲でご記入ください

回数	生年月日	週数	性別	生下時体重	生死	分娩様式	病院名
1人目	年 月 日	週	男・女	g	生・死	正常・帝王切開	当院・他院 ()
2人目	年 月 日	週	男・女	g	生・死	正常・帝王切開	当院・他院 ()
3人目	年 月 日	週	男・女	g	生・死	正常・帝王切開	当院・他院 ()

妊娠経過中に異常がありましたか？ いいえ はい ()
 現在、授乳中ですか？ はい いいえ

今までに指摘された病気はありますか？

- なし 子宮筋腫 子宮内膜症 子宮腺筋症 子宮奇形 月経異常
- 卵巣嚢腫 子宮頸がん・異形成 性感染症 高血圧 糖尿病 腎疾患
- 心疾患 肝疾患 脳卒中 乳がん その他 ()

手術の経験はありますか？

いいえ はい→ (病名： いつ： 病院名：)

現在 治療中の疾患・飲んでいるお薬について あり なし (お薬手帳は診察室でお出し下さい)

{ 病名： お薬の名前： }

アレルギーについて

喘息はありますか？ いいえ はい (最後の発作はいつですか：)
 薬剤のアレルギー いいえ はい ()
 体質的アレルギー いいえ はい ()
 食物のアレルギー いいえ はい ()

当院をどちらでお知りになりましたか？

以前から通院している インターネット 看板・通りがかり
 友人・知人 紹介 (どなた) その他 ()

※ご記入がお済みになりましたらお手数ですが受付へお持ち下さい