

年 月 日

ふりがな	生年月日 T・S・H	年 月 日 (才)
名前	職業	
(必須) 電話番号	既婚 (当時 才) ・ 未婚 ・ 結婚予定	
(必須) 住所 〒		

1、本日はどんな理由で来院されましたか？ ○でお囲みください

- ①妊娠しているか 検査薬 (陽性・陰性) (月 日実施)
 妊娠確定後は 分娩希望・中絶希望・迷い中
- ②妊婦健診 (出産予定日 月 日) ③おりもの ④陰部のかゆみ痛み ⑤膀胱炎
 ⑥生理痛 ⑦生理不順 ⑧不正出血 (生理以外の出血) ⑨下腹部痛 ⑩子宮筋腫
 ⑪不妊症 ⑫ピル処方 (低用量・月経移動・緊急避妊) ⑬避妊リング ⑭更年期症状
 ⑮子宮がん健診 ⑯乳がん健診 ⑰その他 ()

2、普段の生理についてお聞かせください

- 一番最近の生理は、いつからでしたか？
 (月 日より 日間) いつもと同じ・異なる
- 生理の周期は順調ですか？ 何日型ですか？
 順・不順 () 日型 *次の生理がくるまでの大体の日数をご記入ください
- 出血量はどうですか？ 少ない・普通・多い
- 初経 歳 閉経 歳

3、性交渉の経験はありますか？ なし・あり

4、妊娠・出産についてお聞かせください *今回の妊娠は回数に含みません

妊娠 () 回 < 流産 () 回・中絶 () 回 > 分娩 () 回

年 月	週 数	性別	出生体重	出産方法	妊娠分娩中の異常
年 月	週	男・女	g	正常/吸引/帝王切開	
年 月	週	男・女	g	正常/吸引/帝王切開	
年 月	週	男・女	g	正常/吸引/帝王切開	

5、既往歴についてお聞かせください ○でお囲みください

- 次の病気にかかったことがありますか？ なし・あり
 気管支喘息 高血圧 糖尿病 心臓病 腎臓病 肝臓病 甲状腺の病気
 性感染症 その他 ()
- 手術を受けたことがありますか？ なし・あり
 (年 月) 手術名 ()

6、アレルギーはありますか？ なし・あり ()

7、現在服用している薬はありますか？ なし・あり ()

8、その他、ご要望などありましたらお書きください ()

※ 当院をお知りになったきっかけを教えてください
 HP 紹介 看板 たまひよ ドクターズファイル テレビ OZmail 口コミ その他 ()