

ふりがな		昭・平・令	年 月 日 (才)
名前	生年月日	(西曆 ※和曆・西曆 両方ご記入下さい)	年
(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妊娠確認 → 検査薬 ※実施日 月 日 (陽性・陰性)  
 妊娠確定後は 分娩希望・中絶希望・迷い中

●分娩希望の方はご記入下さい《希望の病院名： 里帰り・未定》

- ②おりもの ③陰部のかゆみ ④外陰部の痛み(ヘルペスなど) ⑤性感染症の検査 ⑥膀胱炎  
 ⑦生理痛 ⑧生理不順 ⑨不正出血(生理以外の出血) ⑩下腹部痛 ⑪子宮筋腫  
 ⑫不妊症 ⑬ピル処方(低用量・月経移動・緊急避妊) ⑭避妊リング ⑮更年期症状 ⑯モナリザタッチ  
 ⑰子宮がん健診 ⑱乳がん健診 ⑲ブライダルチェック ⑳ワクチン接種 ㉑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

西曆	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、採血や注射で気分が悪くなったことがありますか？ なし・あり\*  
 (\*【あり】の方、ベッドでの採血・注射をご希望されますか？ はい・いいえ )

8、アルコール綿でかぶれたり赤くなったことはありますか？ なし・あり

9、現在服用している薬はありますか？ なし・あり( )

10、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 紹介く ) 看板 たまひよ テレビ OZmail 口コミ GoogleMAP Instagram その他