

フリガナ 氏名	年齢 歳 / S・H . .	生年月日	未婚・既婚
職業	身長 cm	体重 kg	体温 °C 血圧 mmHg
住所 〒	ご連絡のつく電話番号		
	e-mailアドレス		
何をご覧になっていらっしゃいましたか？(丸で囲んで下さい/複数回答可) ・ホームページ・FaceBook・新聞折り込みチラシ・ビル看板・電柱看板・駅ポスター・バス案内放送・雑誌・ドクターズファイル ・友人知人紹介・三田線車内広告・消火栓看板・以前に院長の診察を受けたことがある・その他()			

■本日受診された目的について、レ点をつけて下さい。※複数回答可

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 定期健診(子宮頸がん検査・超音波検査) | <input type="checkbox"/> 不正出血 |
| <input type="checkbox"/> レディースドック | <input type="checkbox"/> 性病検査 |
| <input type="checkbox"/> 拳児希望・不妊の相談 | <input type="checkbox"/> 陰部のかゆみ |
| <input type="checkbox"/> 排卵チェック・BBTチェック | <input type="checkbox"/> おりもの異常 |
| <input type="checkbox"/> 妊娠確認(出産希望・中絶希望) | →色() におい(有・無) |
| →市販検査薬の使用(+・-)(実施日) | <input type="checkbox"/> おなかが痛い(月経時以外) |
| <input type="checkbox"/> 妊婦健診希望 | <input type="checkbox"/> できもの(外陰部・肛門付近) |
| <input type="checkbox"/> 3D4D超音波検査(予定日) | <input type="checkbox"/> 膀胱炎症状 |
| <input type="checkbox"/> 月経移動(避けたい期間: / ~ /) | <input type="checkbox"/> 思春期の相談 |
| <input type="checkbox"/> 避妊相談(緊急避妊・低用量ピル・避妊リング) | <input type="checkbox"/> 月経前症候群(PMS) |
| <input type="checkbox"/> ピル(OC)相談 | <input type="checkbox"/> 更年期の相談 |
| →目的は?() | <input type="checkbox"/> 産後の相談 |
| <input type="checkbox"/> その他() | |

■月経について、○印またはご記入下さい。

- 1.一番最近の月経はいつでしたか？
年 月 日から 日間(その前の月経は 年 月 日)
- 2.閉経されている方：何歳まで月経がありましたか？()歳
- 3.月経の周期：順調()日型・不順(~)日位
- 4.月経の出血量：多い・ふつう・少ない
- 5.月経痛はありますか？ ない・ある(鎮痛剤の服用回数: 回/月経)
- 6.月経痛以外に症状はありますか？ ない・ある()

■これまでの妊娠・出産について、○印またはご記入下さい。

- 1.性交(セックス)の経験がありますか？ はい・いいえ
- 2.妊娠された経験がありますか？ はい・いいえ

いつ頃か	妊娠経過	出生体重	出産病院
① 年 月 日	正常分娩 帝王切開 流産 中絶(週)	g	
② 年 月 日	正常分娩 帝王切開 流産 中絶(週)	g	
③ 年 月 日	正常分娩 帝王切開 流産 中絶(週)	g	

- 3.出産希望病院がありましたらお書きください()

■既往歴、手術歴、嗜好などについてご記入下さい(※産婦人科以外の疾患も含みます)。

- 1.大きな病気や、手術を受けたことがありますか？()
- 2.薬剤や食物によるアレルギーはありますか？()
- 3.現在、内服中のお薬はありますか？()
- 4.お酒を飲みますか？ いいえ・はい(量: 杯・本/日)
- 5.煙草を吸いますか？ いいえ・はい(本/日を 年)
- 6.肉親の方で次のような特別な病気の方はいますか？
→高血圧・糖尿病・喘息・がん・遺伝病・その他()