

ふりがな
お名前 _____ 年齢 _____ 才 (生年月日: 年 月 日)

身長: _____ cm、体重: _____ kg、(妊娠中の方は、妊娠前の体重 _____ kg →最近 _____ kg)、体温: _____ °C

ご住所:

ご連絡先: 自宅電話番号 (_____ - _____) 携帯電話 (_____ - _____)

*本日の受診理由 下記のうち、あてはまるものに○または数字などを記入願います。

[生理] ①予定の月経がない ②生理不順 ③生理の量が増えた ④生理痛が強くなった

[出血] ①生理以外に出血がある ②生理がなかなか止まらない

[痛み] ①下腹部 ②腰 ③外陰部 ④足(脚) ⑤その他 (_____)
痛みの程度は、①なし ②軽い ③中程度 ④強い ⑤非常に強い

[その他] 1) 子宮がん検診希望 2) おりもの 3) かゆみ 4) 下腹部のしこり・腫れ 5) 外陰部のできもの
5) 市販の妊娠検査薬で陽性反応(検査日: 月 日) 6) 妊婦健診希望 7) 不妊相談
8) 避妊相談(ピル希望) 9) 緊急避妊ピル(アフターピル) 10) 性病検査希望
12) PMS(月経前症候群) 13) 更年期障害 14) おしっこが近い、残尿感がある
他院からの紹介(医療機関名: _____)

*その症状はいつごろからありますか? (_____)

*その症状で診察を受けたことがありますか? 受けない・受けた(医療機関: _____)

*生理についてお教えてください: 初経 _____ 才、閉経 _____ 才、最も近い生理 _____ 月 _____ 日から _____ 日間
周期 _____ 日 (順調・不順) 持続日数 _____ 日間 生理量: 多い・普通・少ない
生理痛の程度は、①なし ②軽い ③中程度 ④つらい ⑤非常につらい

*妊娠・分娩歴についてお教えてください:

性交経験(なし・あり) 中絶経験(なし・あり: _____ 回) 流産経験(なし・あり: _____ 回)

	出産年月日	性別	出生体重	週数(月数)	予定日より	分娩の種類	現在
1	S・H・R 年 月 日	男・女	g	週(月)	早い・遅い	経膈・帝切	健康・否
2	S・H・R 年 月 日	男・女	g	週(月)	早い・遅い	経膈・帝切	健康・否
3	S・H・R 年 月 日	男・女	g	週(月)	早い・遅い	経膈・帝切	健康・否
4	S・H・R 年 月 日	男・女	g	週(月)	早い・遅い	経膈・帝切	健康・否

*これまでに大きな病気にかかったことはありますか? なし・あり(病名: _____ 時期: _____)

*現在治療中の病気はありますか? なし・あり(病名: _____)

*現在服用している薬はありますか? なし・あり(薬品名: _____)

*薬や食品のアレルギーはありますか? なし・あり(薬・食品名: _____)

*喘息にかかったことがありますか? なし・あり(_____ 才~ _____)

*これまでに手術を受けたことはありますか? なし・あり(病名: _____ 時期: _____)

*その際に麻酔を受けましたか? なし・あり *輸血を受けたことはありますか? なし・あり

*血縁の方で、病気にかかったことのある方はいますか? (_____)内に、続柄をお書き下さい。

糖尿病(_____) 高血圧(_____) 肝臓病(_____) 腎臓病(_____)

血液疾患(_____) 癌(_____) その他(_____)

~ご協力ありがとうございました。記入されましたら受付までお返しください。~