

名前	フリガナ 年齢 ()歳	生年月日	昭・平	年 月 日
住所	〒 ★変更ある場合は必ず記入して下さい	携帯番号	★変更ある場合は必ず記入して下さい	
職業		身長	cm	体重 kg

①

<input type="checkbox"/> 妊娠検査	・妊娠検査：(自宅・病院)にて(陽性・陰性)・検査日()月()日 →陽性の方：出産のお考えについて(産む・産まない・考え中)			
<input type="checkbox"/> 4Dエコー	現在()週()日	予定日()年()月()日	※別途USB代1100円がかかります	
<input type="checkbox"/> 子宮癌が気になる	<input type="checkbox"/> 性病検査	<input type="checkbox"/> 外陰部の(かゆみ・痛み・湿疹)	<input type="checkbox"/> おりものの異常	
<input type="checkbox"/> 生理痛	<input type="checkbox"/> 生理不順	<input type="checkbox"/> 腹痛・腰痛	<input type="checkbox"/> 生理調整()月()日～()月()日避けたい	
<input type="checkbox"/> 妊娠・不妊相談	<input type="checkbox"/> 産み分け(男の子・女の子)			
<input type="checkbox"/> 低用量ピル処方	()枚欲しい	<input type="checkbox"/> 緊急避妊ピル(性交から)時間経過)		
<input type="checkbox"/> 排尿トラブル	(痛み・頻尿・血尿)	<input type="checkbox"/> 胸の(しこり・痛み)※触診と超音波検査になります		
<input type="checkbox"/> 更年期症状	その他()			

②・初経()歳 ★閉経()歳

- ・生理周期()日周期
- ・生理期間()日間
- ・生理痛(なし・あり)
- ・生理不順(なし・あり)

★一番最近の月経が始まった日()年()月()日・産後生理来ていない

★SEXの経験(なし・あり) ※必ずご記入ください。診察内容が異なります。

③※再診の方も変更ある際は必ず記入お願い致します。

結婚歴：なし・既婚()歳の時・離婚()歳の時・再婚()歳の時		
★妊娠歴：()回・なし	★出産歴：()回	★最終分娩：()歳
S・H・R 年 月()歳の時 (正常・異常)分娩	【流産・人工中絶・早産・帝王切開】	()週
S・H・R 年 月()歳の時 (正常・異常)分娩	【流産・人工中絶・早産・帝王切開】	()週
S・H・R 年 月()歳の時 (正常・異常)分娩	【流産・人工中絶・早産・帝王切開】	()週
S・H・R 年 月()歳の時 (正常・異常)分娩	【流産・人工中絶・早産・帝王切開】	()週

④・今まで婦人科疾患にかかれた事がありますか？ 無・病名・年齢

- ・婦人科の手術を受けられた事がありますか？ 無・術式・年齢
- ・その他で大きな病気や手術の既往はありますか？ 無・病名・年齢・術式
- ・ご家族に大きな病気や手術を受けた方はいますか？ 無・病名
- ・感染症はありますか？ 無・B型肝炎・C型肝炎・その他
- ・アレルギーはありますか？ 無・内容
- ★服用中のお薬はありますか？ 無・内容
- ・通院中の病院はありますか？ 無・内容
- ・喫煙していますか？ 無・有・過去に喫煙していた

⑤ 当院を知ったきっかけを教えてください。

- A. 紹介() B. ホームページ C. 看板 D. LINE E. グーグル F. EPARK
G. ドクターズファイル H. クリニクス I. Instagram J. Twitter K. キレイパス L. ホットペッパー
M. その他()