

名前	フリガナ	年齢 ( )歳	生年月日	昭・平	年 月 日
住所	〒		携帯番号		
職業		身長	cm	体重	kg

① ご相談内容をお尋ねします。(複数回答可)

<input type="checkbox"/> 妊娠検査	○ 妊娠検査はしましたか(自宅・病院)にて(陽性・陰性) ・検査日 ( 月 日 ) ○ 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1080円				
<input type="checkbox"/> 子宮癌検査	<input type="checkbox"/> 生理調整 ( 月 日)~( 月 日)まで避けたい	<input type="checkbox"/> 不正出血			
<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"/> 不妊相談	<input type="checkbox"/> 産み分け ( 男の子 ・ 女の子 )	<input type="checkbox"/> 生理の異常 ( )			
<input type="checkbox"/> 生理以外の腰やお腹の痛み	<input type="checkbox"/> 胸の ( 痛み ・ しこり ) ※触診と超音波検査になります				
<input type="checkbox"/> 緊急避妊 ( 性交から 時間経過 )	<input type="checkbox"/> 排尿の ( 痛み ・ 頻尿 ・ 血尿 )				
<input type="checkbox"/> ピルの処方希望	<input type="checkbox"/> 更年期症状	<input type="checkbox"/> 市の癌検査後、来院の指示がある	<input type="checkbox"/> その他 ( )		

② 月経についてお尋ねします。

- 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 結婚、出産についてお尋ねします。

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
S・H 年 月 ( )歳の時、(正常・異常)分娩	【流産・人工中絶・早産・帝王切開】( )週( )g
S・H 年 月 ( )歳の時、(正常・異常)分娩	【流産・人工中絶・早産・帝王切開】( )週( )g
S・H 年 月 ( )歳の時、(正常・異常)分娩	【流産・人工中絶・早産・帝王切開】( )週( )g
S・H 年 月 ( )歳の時、(正常・異常)分娩	【流産・人工中絶・早産・帝王切開】( )週( )g
S・H 年 月 ( )歳の時、(正常・異常)分娩	【流産・人工中絶・早産・帝王切開】( )週( )g

④ 下記の項目にお答えください。

- 大きな病気や手術を受けたことがありますか？ ( なし ・ あり )  
病名(年齢もご記入ください)： \_\_\_\_\_
- ご家族に大きな病気や手術を受けた方はいますか？ ( なし ・ あり )  
病名 \_\_\_\_\_
- 感染症はありますか？      なし ・ B型肝炎 ・ C型肝炎 ・ その他： \_\_\_\_\_
- アレルギーはありますか？      なし ・ あり    内容 \_\_\_\_\_
- 服用中のお薬はありますか？      なし ・ あり    内容 \_\_\_\_\_
- 通院中の病院はありますか？      なし ・ あり    内容 \_\_\_\_\_
- 喫煙していますか？      なし ・ あり ・ 過去に喫煙していた

⑥ 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. Eパーク  
G. ドクターズファイル    H. クリニクス    I. その他 ( )