

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
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・大きな病気や手術を受けたことがありますか？

なし・ 病名と年齢

・ご家族に大きな病気や手術を受けた方はいますか？

なし・ 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・ 内容

★服用中のお薬はありますか？

なし・ 内容

・通院中の病院はありますか？

なし・ 内容

・喫煙していますか？

なし・ あり・ 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. その他（ ）