

ふりがな
お名前

生年月日 年 月 日(年齢 歳)

ご住所 〒

連絡先 (ご自宅)

(携帯電話)

ご職業

ご紹介者(紹介元医療機関)

身長

cm

体重

kg

1) 今日どのようなことで診察をご希望ですか(該当する項目に○をつけてください)

- | | |
|--|-----------------------------------|
| 1. 妊娠しているかどうか
→市販の検査(結果 _____ ・ していない)
→妊娠の場合(出産希望 ・ 中絶希望) | 10. 腰が痛い |
| 2. 不育症・習慣性流産の相談 | 11. 更年期障害の相談(のぼせ・発汗・不眠・いらいら) |
| 3. 月経がづらい(生理痛がひどい・生理の量が多い) | 12. しこりがある(陰部・腹部) |
| 4. 月経不順 | 13. 避妊の相談(継続的避妊・緊急避妊) |
| 5. 不正出血 | 14. がん検診(子宮がん・乳がん検診) |
| 6. おりものが多い | 15. 産み分けの相談(男の子希望・女の子希望) |
| 7. 陰部が(かゆい・痛い) | 16. 生理日変更の相談
(避けたい期間 / ~ /) |
| 8. 排尿が(近い・痛い・もれやすい) | 17. 不妊の相談
避妊なしで妊娠希望されての期間 年 ヶ月 |
| 9. お腹が痛い | 18. その他 _____ |

2) 月経について

- | | |
|---|-------------------------|
| 1. 最終月経 月 日 より 日間 | 3. 月経期間(月経開始日~月経終了日) 日間 |
| 2. 月経周期(月経開始日~次の月経開始日前日まで)
順調な方(日間)
不順な方(最短 日間)(最長 日間) | 4. 月経痛(強い・普通・弱い) |
| | 5. 月経量(多い・普通・少ない) |
| | 6. 閉経は 歳 |

3) 結婚・妊娠・分娩について

- | | |
|---------------------------------|---------------------------|
| 1. 結婚していますか はい(年 月 当時 歳) ・ いいえ | 2. セックスの経験はありますか はい ・ いいえ |
|---------------------------------|---------------------------|
3. 妊娠したことのある方は下記の表に順に書き込んでください

年齢	妊娠経過				分娩			性別		出生時体重
	正常	中絶	流産	外妊	正常	吸引/鉗子	帝王切開	男	女	

4) 今までにかかった病気や手術等について

- | | |
|---------------------------|-----------------------------------|
| 1. 病気にかかったこと ない・ある(病名) | 4. 喘息について ない・ある |
| 2. 手術を受けたこと ない・ある(手術名) | 5. 現在内服薬 ない・ある () |
| 3. アレルギーについて ない・ある(具体的に) | 6. タバコを吸いますか いいえ・はい 日 本 (歳~ 歳まで) |

5) ご主人について

お名前 (ふりがな) 生年月日 年 月 日(年齢 歳)
携帯電話 ご職業

- | | |
|---------------------------|-----------------------------------|
| 1. 病気にかかったこと ない・ある(病名) | 4. タバコを吸いますか いいえ・はい 日 本 (歳~ 歳まで) |
| 2. 手術を受けたこと ない・ある(手術名) | 5. 現在内服薬 ない・ある () |
| 3. アレルギーについて ない・ある(具体的に) | |

6) 血縁関係のあるご家族に特別な病気の方がいますか

いいえ・はい(具体的に)(続柄)

