



スムーズに診療を進めるために、下記の項目にお答えいただいております。ご協力をお願いいたします。

フリガナ		身長	体重	生年月日		結婚歴
氏名	様	cm	kg	年 月 日 (歳)		未婚 ・ 既婚 (年目)
フリガナ		夫年齢	夫職業	ご本人職業	血液型	
夫氏名	様	歳			型 RH + -	
現住所	〒		実家住所	〒		
電話番号	- -		緊急連絡先	- -		

1 今日どのようなことで来院されましたか？ (該当するものに☑を入れてください)

- 妊娠している・妊娠の可能性がある → 分娩を希望する(当院・他院)・分娩を希望しない
- 子宮がん検診の希望
- おりもの・かゆみ
- 不正出血
- できものがある
- 月経不順
- 性病の検査
- 月経痛・月経量異常
- 避妊の相談
- 不妊の相談
- 緊急避妊
- 更年期障害
- その他 ()

2 月経についてお聞きします。

- ・初経 _____ 歳 閉経 _____ 歳
- ・月経周期 _____ 日型 (規則的・不規則) ・1番最近の月経は? _____ 月 _____ 日より開始 _____ 月 _____ 日に終了
- ・月経量 (多い・ふつう・少ない) ・月経痛 (つよい・ふつう・軽い)
- ・その他の症状の有無 (有・無) どんな症状ですか? _____

3 妊娠について

- ・性交経験 なし あり 妊娠 _____ 回 / 分娩 _____ 回 / 流産 _____ 回 / 中絶 _____ 回

4 現在治療中の病気や使用している薬がありますか？

- ・治療中の病気 なし あり 病名: _____
- ・使用している薬 なし あり 内容: _____

5 今までに大きな病気・手術・アレルギーなどの既往がありますか？

- ・大きな病気 なし あり 病名: _____
- ・手術 なし あり 内容: _____ 輸血 なし あり
- ・ぜんそく なし あり 最終発作はいつですか? _____ 年 月
- ・薬のアレルギー なし あり 薬の名前: _____
- ・食物アレルギー なし あり 食べ物の名前: _____
- ・その他 なし あり 内容: _____