

注: □には、当てはまる項目にチェック✓を付けてください

■ご自身のことに関して記入ください

氏名	才	生年月日	S・H	年	月	日
住所			電話番号	-	-	
職業			喫煙	しない・している(I日_____本)		
身長	_____cm	体重	_____kg	性交経験	有・無	
結婚歴	未・既婚(才時)・離婚		今まで産婦人科を受診したことが	有・無		

■ご主人(婚約者)について

年齢 _____才 生・死 職業_____

■生理について

初潮 _____才 ・ 閉経 _____才

生理周期 整(_____日周期)・不順

注)生理周期とは生理開始日~次の生理開始日までの期間

生理の量 多い・普通・少ない

最近の生理開始日 _____月 _____日から _____日間

その前の生理開始日 _____月 _____日から _____日間

■既往歴 今まで指摘された疾患があればチェックを

- | | | |
|--|--------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 高血圧 | <input type="checkbox"/> 腎疾患 | <input type="checkbox"/> 性病 |
| <input type="checkbox"/> 心疾患 | <input type="checkbox"/> 糖尿病 | <input type="checkbox"/> アレルギー疾患 |
| <input type="checkbox"/> 肺疾患 | <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 | <input type="checkbox"/> 婦人科疾患 |
| <input type="checkbox"/> 肝疾患 | <input type="checkbox"/> 血液疾患 | <input type="checkbox"/> 精神疾患 |
| <input type="checkbox"/> その他 (_____) | | |
| <input type="checkbox"/> 特になし | | |

*服用中の薬(_____)

■手術歴(帝王切開も含む 流産・中絶は除く)

	診断名	手術名	輸血
1	才		有・無
2	才		有・無
3	才		有・無

■薬剤等のアレルギーがあれば記載を

- | | | | |
|---|-------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> ピリン系 | <input type="checkbox"/> ペニシリン | <input type="checkbox"/> アルコール |
| <input type="checkbox"/> 抗生剤(薬剤名 _____) | | | |
| <input type="checkbox"/> その他(薬剤名 _____) | | | |

■本日はどのようなことで来院しましたか?

- 生理が来ない 市販の妊娠テストは していない 陰性(月 日実施)
- 生理痛がひどい
 - 程度は 寝込むほど 日常生活は出来る
 - 鎮痛剤 服用しない 服用する(薬剤名 _____)
 - 服用するが最近効かない
- 生理が不順
 - 止まらない(_____ 頃から)
 - 不正出血が多い(_____ 頃から)
 - 毎月来ない(生理周期は _____ 日毎が多い)
- 生理の量が気になる
 - 多い かたまりが出る 少ない
- 性交後の出血 (_____)頃から
 - 最近有った時期は(_____)
- 生理以外の出血がある(_____)頃から
- おりものが気になる(_____)頃から
- 外陰部や膣のかゆみ(_____)頃から
- 外陰部の出来もの(_____)頃から
- 腫瘤(しこり)が触れる(_____)頃から
 - 部位は 下腹部 ・ 足の付け根 ・ 外陰部 ・ 他 _____
- 下腹部痛・腰痛(_____)頃から
- 更年期症状
- 市の検診を希望
- その他(_____)

■自費診療・検診(下記項目は保険診療との併用は出来ません)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> プライダルチェック | <input type="checkbox"/> 緊急避妊(モーニングピル) |
| <input type="checkbox"/> 性病ドック【 _____ 】 | <input type="checkbox"/> 生理日変更 |
| <input type="checkbox"/> がん検診【 _____ 】 | <input type="checkbox"/> 低用量ピル・リングを希望 |
- *ドックの希望コースを【 _____ 】に記入してください
*ドックのコースは受付にお尋ねください

■妊娠歴 これまでの妊娠をすべて記載ください(中絶・流産を含みます)

	例	例	1	2	3	4	5	6
年・月	H18・3	H20・5						
週数w(月数M)	38W	30W						
中絶								
流産								
胎状奇胎								
子宮外妊娠								
正常分娩	○							
早産		○						
帝王切開		○						
中毒症		○						
医療機関名	A市 ○○病院	かしわぎ						