

ふりがな

お名前: _____ 生年月日 S・H 年 月 日 (歳)

下記の質問にお答えください。該当番号に○をつけ、詳細をお答えください。

未婚 ・ 既婚 (年 月 歳の時) ご職業 () 身長・体重 (cm、 kg)

【1】本日はどのようなことで来院されましたか？

- 1. 妊娠の診察
検査薬でチェックは(陰性・陽性(月 日)・していない)
- 2. 下腹部が痛い いつから ()
- 3. 不正出血がある いつから ()
- 4. 月経の異常 (出血が止まらない・出血量が多い・月経不順・生理痛が強い・月経前の症状が辛い)
- 5. (子宮筋腫・卵巣のう腫) があるといわれた
いつ () どこで ()
- 6. 子どもができない
これまで不妊治療を受けたことは(ない・ある)
- 7. 更年期症状 () が辛い ()
- 8. おりものが気になる
- 9. 外陰部の(かゆみ・できもの)
- 10. 子宮がん検診(頸部・体部)
- 11. 膀胱炎症状がある
- 12. ピルの処方
これまでピルを服用したことが(ない・ある)
- 13. 月経をずらしたい
(避けたい期間 / ~ /)
- 14. 緊急避妊ピルの処方
- 15. ワクチン接種
(インフルエンザ・子宮頸がん・その他())
- 16. その他 ()

【2】月経について

- 1. 初潮は _____ 才 閉経は _____ 才
- 2. 一番最近の月経はいつでしたか (月 日から 日間)
- 3. 月経周期はいかがですか 最短時で () 日間隔 最長時で () 日間隔

【3】妊娠・出産歴について

- 1. 性交(セックス)の経験はありますか？(ある・ない)
- 2. 妊娠歴(なし・あり(_____ 回) そのうち自然流産(_____ 回) 中絶(_____ 回))
- 3. 出産歴があれば記入してください。

		分娩様式	体重	出産場所	妊娠中・出産時の特記
1	S・H 年 月	普通・帝王切開	g		
2	S・H 年 月	普通・帝王切開	g		
3	S・H 年 月	普通・帝王切開	g		

【4】体質・既往歴について

- 1. アレルギー体質はありますか？
(ない・ある→薬、注射(禁忌薬: _____)、食物(_____)、その他(_____))
- 2. これまでににかかった病気や治療中の病気はありますか？
(ない・心疾患・高血圧・糖尿病・腎臓疾患・肝疾患・甲状腺疾患・精神疾患・その他(_____))
- 3. 現在服用中のお薬はありますか？(ない・ある→薬の名前: _____)
- 4. これまでに手術をうけられたことはありますか？(ない・ある)
ある場合→病名(_____) いつ(_____ 才の時) 様式(開腹・腹腔鏡・その他) 病院名(_____)

【5】当クリニックを受診されたきっかけをお聞かせください。

(ネット・知人の紹介・クリニックモールにかかっている・広告、看板をみて・その他(_____))