

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。

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？をつけ、詳細をお答えください。

- | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 妊娠かどうか
➔妊娠判定をされましたか？(いいえ・はい)
➔ _____ 月 _____ 日 (陽性・陰性) | <input type="checkbox"/> 不妊相談 ➔治療を受けたことが(ある ・ ない) |
| <input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診
➔ <input type="checkbox"/> 芦屋市の頸がん検診(エコー検査は含みません)
➔ <input type="checkbox"/> 保険診療によるエコー検査も一緒に希望 | <input type="checkbox"/> 外陰部の(かゆみ ・ できもの)
<input type="checkbox"/> おりものが気になる (におい ・ 色) |
| <input type="checkbox"/> 子宮体がん検診 | <input type="checkbox"/> 膀胱炎症状(排尿痛 ・ 頻尿)がある |
| <input type="checkbox"/> 下腹部が痛い いつから() | <input type="checkbox"/> ピルの処方 ➔服用したことが(ある ・ ない) |
| <input type="checkbox"/> 不正出血がある いつから() | <input type="checkbox"/> 月経をずらしたい(/ ~ / を避けたい) |
| <input type="checkbox"/> 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) | <input type="checkbox"/> 緊急避妊ピルの処方 |
| <input type="checkbox"/> (子宮筋腫 ・ 卵巣のう腫) があるといわれた
いつ() どこで() | <input type="checkbox"/> ワクチン接種
(インフルエンザ ・ 子宮頸がん ・ MR
風疹 ・ 麻疹 ・ その他()) |
| <input type="checkbox"/> 更年期症状()が辛い | <input type="checkbox"/> 美容治療
<input type="checkbox"/> 脱毛治療 |
| | <input type="checkbox"/> その他 気になる事がありましたらお書き下さい |

[2] 月経について 初潮 _____ 才 閉経 _____ 才

- 最終月経(月 日から 日間)
- 月経周期(日~ 日)(順 ・ 不順)

[3] 妊娠・出産歴について

- 性交渉(セックス)の経験はありますか？(ある ・ ない)
- 妊娠歴(なし ・ あり➔(____回)そのうち自然流産(____回) 人工流産(____回))
- 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・R 年 月	普通・帝王切開	g		
2	S・H・R 年 月	普通・帝王切開	g		
3	S・H・R 年 月	普通・帝王切開	g		

[4] 体質・既往歴について

- アレルギー体質(ない・ある ➔薬、注射(禁忌薬:), 食物(), その他())
- これまで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())
- 現在服用中のお薬はありますか？(ない・ある ➔薬の名前:)
- これまで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() (才の時)様式(開腹 ・ 腹腔鏡 ・ その他)病院名()