

お名前 ふりがな _____ 生年月日 S・H _____ 年 月 日 歳

住所 _____ 携帯 TEL _____
自宅 TEL _____

・本日来院の理由に○印を、又具体的な症状をご記入下さい

生理不順・下腹痛・生理痛・おりもの・かゆみ・不正出血・更年期障害・膀胱炎・不妊
・その他 _____

・上記の症状はいつからですか？ [_____ 月 _____ 日 ~ _____]

・低用量ピル希望 ⇒別紙記入

・旅行用ピル希望 ⇒来て欲しくない日： 月 _____ 日 _____ ・次の生理予定日： 月 _____ 日 _____

・子宮頸がん検査（検診含む） → H _____ 年 _____ 月 ⇒ 正常・異常

・一番最近の月経 [_____ 月 _____ 日 ~ _____ 日間] ・更に前の月経 [_____ 月 _____ 日 ~ _____ 日間]

・周期は [順調 (_____ 日型) ・ 不順] ・量は [多 普通 少]

・痛みは [強 ・ 中程度 ・ 弱 ・ なし] ・閉経 [_____ 才]

・結婚なさってますか？ [既婚 ・ 未婚] ・性交渉の経験は？ [無 ・ 有]

・妊娠の可能性は？ [無 ・ 有 ⇒ ※最終月経以降、性交渉がある場合は有を選択して下さい]

・妊娠歴について [無 ・ 有 ↓ 下記へ] ・授乳中ですか？ [はい ・ いいえ]

	年月日	週数	妊娠経過	出生体重
1			1. 正常分娩 2. 異常（帝王切開、吸引分娩、かんし分娩） 3. 流産 4. 中絶	
2			1. 正常分娩 2. 異常（帝王切開、吸引分娩、かんし分娩） 3. 流産 4. 中絶	
3			1. 正常分娩 2. 異常（帝王切開、吸引分娩、かんし分娩） 3. 流産 4. 中絶	

・アレルギーは？ [無 ・ 有 → ・ 薬 ↓ 下記へ ・ 喘息 ・ ゴム ・ 花粉 ・ 食べ物 ・ 金属]

・アレルギーが出た薬・食品名 _____ 症状： _____

・喫煙は？ [無 ・ 有 → _____ 本 / 1日] ・飲酒は？ 無 ・ 有 → _____ を _____ ml / 1日

・病歴は？ [無 ・ 有 → ・ 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 脂質異常 ・ その他 → _____]

・現在飲んでいる薬は？ [無 ・ 有 → 薬剤名 _____]

・手術歴は？ [無 ・ 有 ↓]

_____ 年 _____ 月 病名： _____ 病院名 _____

・親、兄弟（血縁者）の病歴は？ [無 ・ 有 ↓]

誰が： _____ 病名： _____