

基本情報についてお答えください

ふりがな	生年月日	西暦	年	月	日
氏名	(才)				
現住所 〒	住民登録地 <input type="checkbox"/> 現住所と同じ				
電話番号	職業	緊急連絡先		続柄	
身長	cm	体重	kg	BMI (こちらで計算します)	
飲酒	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有： <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々				
喫煙	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：1日 本				
紹介状	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有				
子宮がん検診受診歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：最終受診日 年 月 (異常なし・精密検査)				
結婚歴	<input type="checkbox"/> 既婚 (結婚した日 年 月・年齢 才) <input type="checkbox"/> 未婚				
性交渉の経験	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有				

今までの病気についてお答えください

高血圧 糖尿病 腎疾患 心疾患 甲状腺疾患 肝炎 自己免疫性疾患 脳梗塞
脳内出血 てんかん 精神疾患 血液疾患 悪性腫瘍 血栓症 子宮筋腫
子宮内膜症 子宮腺筋症 子宮奇形 卵巣のう腫 ぜんそく(最終発作 才)
無 その他：

上記の病気は
いつから： 治療：手術 内服(薬名) 経過観察
 病名： 病院名：

アレルギーについてお答えください

薬アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	薬の種類	→症状
		薬の種類	→症状
食物アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	食物の種類	→症状
薬・食べ物以外アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> ラテックス(ゴム) <input type="checkbox"/> アルコール <input type="checkbox"/> 金属 <input type="checkbox"/> ヨード <input type="checkbox"/> その他()	

月経についてお答えください

初経 () 才	月経周期	規則的 (日型) ・不規則
閉経 () 才	※月経開始日より次の月経前日までの日数	
月経の量	<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少ない	月経痛 <input type="checkbox"/> 有(強い・我慢できる程度) <input type="checkbox"/> ない
最終月経開始日	(月 日) ~ () 日間←この前は(月 日) ~ () 日間・不明	

妊娠歴についてお答えください

妊娠 (回) 分娩 (回) 流産 (回) 中絶 (回) / 妊娠歴なし

分娩年月日	妊娠経過	週数	分娩方法	性別	出生体重	病院名	備考欄
年 月 日	正常・早産・流産・中絶		正常・吸引・鉗子・帝王切開	男・女			
年 月 日	正常・早産・流産・中絶		正常・吸引・鉗子・帝王切開	男・女			
年 月 日	正常・早産・流産・中絶		正常・吸引・鉗子・帝王切開	男・女			
年 月 日	正常・早産・流産・中絶		正常・吸引・鉗子・帝王切開	男・女			
年 月 日	正常・早産・流産・中絶		正常・吸引・鉗子・帝王切開	男・女			

裏面もご記入ください

来院目的についてお答えください

<input type="checkbox"/> 前回の検査結果	
<input type="checkbox"/> 前回と同じ薬の処方	
<input type="checkbox"/> 生理の異常→ <input type="checkbox"/> 不順 <input type="checkbox"/> 長引く <input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> 不正出血 <input type="checkbox"/> 外陰部の異常→ <input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> おりもの <input type="checkbox"/> できもの <input type="checkbox"/> 下腹部痛・腰痛 <input type="checkbox"/> 性感染症検査 <input type="checkbox"/> 更年期症状 <input type="checkbox"/> 膀胱炎症状 <input type="checkbox"/> 筋腫・卵巣のう腫・ポリープ（頸管・内膜） 上記の症状は いつから： どのような：	
<input type="checkbox"/> 健康診断の精密検査	
<input type="checkbox"/> HPVワクチン（ガーダシル・シルガード）	
<input type="checkbox"/> IUS（ミレーナ） } <input type="checkbox"/> 相談 <input type="checkbox"/> 挿入 <input type="checkbox"/> 抜去（挿入日 ） <input type="checkbox"/> 入れかえ <input type="checkbox"/> 子宮内避妊具	
<input type="checkbox"/> 子宮がん検診 市の子宮がん検診受診券 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
<input type="checkbox"/> 不妊の相談	
<input type="checkbox"/> 排卵チェック <input type="checkbox"/> 精液検査 <input type="checkbox"/> プライダルチェック	
<input type="checkbox"/> ピルの希望→目的： <input type="checkbox"/> 内服中のピル 無・有（薬名： ） <input type="checkbox"/> アフターピル 性交： 月 日 時頃 <input type="checkbox"/> 生理日変更： 月 日～ 月 日を避ける	
<input type="checkbox"/> その他（症状をお書きください）	
<input type="checkbox"/> 妊娠 ・妊娠検査薬 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済（陰性・陽性→検査日 月 日） ・母子手帳 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ・分娩 <input type="checkbox"/> 希望（ <input type="checkbox"/> 当院 <input type="checkbox"/> 帰省（ 県） <input type="checkbox"/> 未定） <input type="checkbox"/> 中絶 ↳・無痛分娩（ <input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 検討中） ・他院を受診 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済（病院名： 受診日 月 日） 予定日： 年 月 日 <input type="checkbox"/> 未定 ・結婚歴 <input type="checkbox"/> 既婚→結婚 才（ <input type="checkbox"/> 初婚 <input type="checkbox"/> 再婚）・夫 才 <input type="checkbox"/> 未婚→結婚の予定 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし（パートナー 才） ・宗教 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ） <input type="checkbox"/> 宗教上の理由から食べることが出来ないもの（ ）	（スタッフ記入欄） LMPより （ w d） EDC （ / ）
<input type="checkbox"/> 妊娠中の症状（つわり・出血・腹痛など） いつから： どのような：	