

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 □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	□無 □有：□毎日 □時々				
喫煙	□無 □有：1日 本				
紹介状	□無 □有				
子宮がん検診受診歴	□無 □有：最終受診日 年 月 (異常なし・精密検査)				
結婚歴	□既婚 (結婚した日 年 月・年齢 才) □未婚				
性交渉の経験	□無 □有				

今までの病気についてお答えください

<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 腎疾患 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> 自己免疫性疾患 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 脳内出血 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 血栓症 <input type="checkbox"/> 子宮筋腫 <input type="checkbox"/> 子宮内膜症 <input type="checkbox"/> 子宮腺筋症 <input type="checkbox"/> 子宮奇形 <input type="checkbox"/> 卵巣のう腫 <input type="checkbox"/> ぜんそく(最終発作 才) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> その他：	
上記の病気は	治療：□手術 □内服(薬名) □経過観察
いつから：	病院名：
病名：	

アレルギーについてお答えください

薬アレルギー	□無□有	薬の種類	→症状
食物アレルギー	□無□有	薬の種類	→症状
食物アレルギー	□無□有	食物の種類	→症状
薬・食べ物以外アレルギー	□無□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(~ 日型)
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	□多い □普通 □少ない	月経痛 □有(強い・我慢できる程度) □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"/> ブライダルチェック	
<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:	