

はじめて来られた方へ

(フリガナ)

名前 _____ 年齢 _____ 歳 生年月日 S・H・R _____

住所 〒 _____

TEL _____ ケイタイ _____

最近の月経の始まった日 _____ 月 _____ 日 から _____ 日間 閉経 _____ 歳

周期 (整 ・ 不整) 月経量 (少 ・ 中 ・ 多) 月経痛 (無 ・ 有)

結婚 _____ 年 _____ 月 ・ 離婚 ・ 死別 ・ 未婚 (性交経験 無 ・ 有)

妊娠歴 (無 ・ 有) 流産 _____ 回 中絶 _____ 回 分娩 _____ 回

年	月	日	妊娠ヶ月	正常・異常分娩	児の体重 g	性 別
						男 ・ 女
						男 ・ 女
						男 ・ 女

今までにかかった病気： _____

入院： _____

手術： _____

アレルギーはありますか (無 ・ 有) [食べ物 ・ くすり ・ その他 (_____)]

ぜんそく (無 ・ 有) アトピー (無 ・ 有)

身長 (_____ cm) 体重 (_____ kg)

——— 本日来られた理由 <いくつでも○を付けてください。主な理由は◎> ———

- ・妊娠かどうか (尿テスト 陽性 ・ 陰性)
- ・子宮癌検診 (市・保険)
- ・分娩希望
- ・乳癌検診 (触診・エコー)
- ・中絶希望
- ・更年期相談
- ・避妊方法相談
- ・不妊相談
- ・緊急避妊 (アフターピル)
- ・下腹部痛
- ・ピル希望
- ・月経異常
- ・月経移動
- ・月経不順
- ・性病が心配
- ・月経痛
- ・おりものが心配
- ・ボウコウ炎
- ・かゆみがある
- ・その他
- ・出血している

★当院をお知りになった理由 (家族 友人 タウンページ インターネット 近所 その他)