

診療日 年 月 日 診療申込書

体重 kg cm BMI=  
市のサークル なし あり

ふりがな		生 年 月 日	年齢
お名前		大昭平 年 月 日生	才

〒 住 所

携帯 ☎ 血液型 \_\_\_ Rh( ) + - 不明

当院にかかったことがありますか。 ない ・ ある ( 年 月 )

クスリを使ったとき副作用がありますか。

ある そのクスリの名前 ( )  
 ない  
 特異体質といわれたことがある

ご来院の目的

<input type="checkbox"/> 出 血	<input type="checkbox"/> おりもの	<input type="checkbox"/> かゆみ
<input type="checkbox"/> お腹が痛い	<input type="checkbox"/> お小水が近い	<input type="checkbox"/> 子供がほしい
<input type="checkbox"/> 子宮がんの検査	<input type="checkbox"/> 更年期症状	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 生理日の変更	<input type="checkbox"/> アフターピル	<input type="checkbox"/> 経口避妊薬
<input type="checkbox"/> 妊娠の検査 つわり あり ・ なし		
妊娠検査薬 ___月 ___日 陽性 ・ 陰性 <input type="checkbox"/> 本日妊娠検査薬希望		

結 婚  している  予定  していない 性経験 あり ・ なし

お産の回数 回 出産場所  当院 ( 年 月 )  他院

月 経 正 ・ 不順 流産 ( ヶ月 ) 回 人工中絶 回

一番最近の月経 (生理) 月 日より 日間 閉経 歳

妊娠の可能性はありますか。

なし  あり →

生みたい 分娩先 →  当院 ・  他院 ・  考え中  
 方針未定 (相談したい)  
 手術希望

以前かかった大きな病気・治療中の病気などがあれば記入してください。

ない ・ ある 病名 ( )

お腹をきって手術したことがありますか。 ない ・ ある 病名 ( )

病気で入院したことがありますか。 ない ・ ある 病名 ( )

以下の感染症にかかったことがありますか。 はい ・ いいえ ・ わからない

B型肝炎 ・ C型肝炎 ・ 梅毒 ・ エイズ ・ その他 ( )