

診療日 年 月 日 診療申込書

体重 kg cm BMI=
市のシール 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 ()