

井上産婦人科医院

西暦 年 月 日

ふりがな		ご住所 〒 -
お名前	()歳	
生年月日	昭・平・令 年 月 日生	ご職業
TEL	() -	携帯番号 -

はじめて受診される方のお答えください。

どのようにして当院をお知りになりましたか？

<input type="checkbox"/> 近所なので	<input type="checkbox"/> タウンページ(電話帳)を見て
<input type="checkbox"/> 家族からの紹介	<input type="checkbox"/> インターネットを見て
<input type="checkbox"/> 知人からの紹介	<input type="checkbox"/> その他 ()

該当するものに☑、最も気になることには☒をつけてください。

来院動機 今回診療を受けに来られたのは、どういった理由ですか？	
<input type="checkbox"/> 月経が遅れているため妊娠かどうかを知りたい	<input type="checkbox"/> 子どもが欲しい。
<input type="checkbox"/> 市販の妊娠判定薬で検査をしましたか？	<input type="checkbox"/> 月経の量が多い。
した・していない └──────────┘ <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 月経痛が強い。
<input type="checkbox"/> 月経以外の出血があった。	<input type="checkbox"/> 排尿時の異常(トイレが近い・排尿時の痛み)
<input type="checkbox"/> 子宮がん検診を受けたい。	<input type="checkbox"/> 更年期障害(ほてり・不眠)
<input type="checkbox"/> 腹痛(右・中央・左・全体)	<input type="checkbox"/> 定期検診
<input type="checkbox"/> おりものが多い。	<input type="checkbox"/> 避妊相談
<input type="checkbox"/> 外陰部がかゆい。	<input type="checkbox"/> その他 具体的お書きください。
<input type="checkbox"/> 腹部に腫れ物がある。	

月経について	
一番最近の月経 月 日 日間	閉経した年齢 才
その量はいつもと 同じ・多かった・少なかった	月経痛 強い・軽い・無し
月経周期 日型(規則正しい・不規則)	初めての月経 才
普段の月経の量 多い・普通・少ない	

生活について	
結 婚 している・していない・予定がある 結婚年月 平成・令和 年 月	セックスの経験は ある・ない

既往歴 今までにかかった病気や、受けた手術はありますか？	
<input type="checkbox"/> 虫垂炎 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> 乳癌	服薬中の薬 ()
<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> C型肝炎 <input type="checkbox"/> 手術 ()	<input type="checkbox"/> その他 ()

今までの妊娠・出産について		妊娠(回) / 出産(回) / 自然流産(回) / 中絶(回)
年 月	出産 流産 中絶	週 (男・女 g) 経膈・帝王切開
年 月	出産 流産 中絶	週 (男・女 g) 経膈・帝王切開
年 月	出産 流産 中絶	週 (男・女 g) 経膈・帝王切開
年 月	出産 流産 中絶	週 (男・女 g) 経膈・帝王切開

アレルギー・特異体質について	
薬や注射などで異常が出たことが ある (薬品名)	() ・ない