

井上産婦人科医院

平成 年 月 日

ふりがな		ご住所 〒 -
お名前		
生年月日	大・昭・平 年 月 日生 (歳)	ご職業
TEL	() -	(当院から連絡して差し支えなければ) 携帯番号 - -
はじめて受診される方のみお答えください。 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"/> 家族からの紹介 <input type="checkbox"/> 知人からの紹介 <input type="checkbox"/> タウンページ(電話帳)を見て <input type="checkbox"/> インターネットを見て <input type="checkbox"/> その他 ()

該当するものに 最も気になることには 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 <small>・市販の妊娠判定薬で検査を しましたか？</small>	<input type="checkbox"/> 子どもが欲しい。 <input type="checkbox"/> 月経の量が多い。 <input type="checkbox"/> 月経痛が強い。 <input type="checkbox"/> 排尿時の異常 (トイレが近い・排尿時の痛み) <input type="checkbox"/> 更年期障害 (ほてり・不眠) <input type="checkbox"/> 乳房の異常 (しこり・痛み) <input type="checkbox"/> 定期検診 <input type="checkbox"/> 避妊相談 <input type="checkbox"/> その他 具体的お書きください。
<input type="checkbox"/> 月経以外の出血があった。 <input type="checkbox"/> 子宮がん市民検診を受けたい。 <input type="checkbox"/> 子宮がん検診を受けたい。 <input type="checkbox"/> 腹痛 (右・中央・左・全体) <input type="checkbox"/> おりものが多い。 <input type="checkbox"/> 外陰部がかゆい。 <input type="checkbox"/> 腹部に腫れ物がある。	<small>※2年に1回になりました。 (検診結果は3~4週間後に郵送されます) 結果をお伝えしますので 1週間後にお電話をください。</small> <input type="checkbox"/> した・していない <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性

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 昭和・平成 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"/> 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 ()	服薬中の薬 () <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)
妊娠年月 年 月	妊娠時の年齢 才	妊娠月数 ヶ月
妊娠年月 年 月	妊娠時の年齢 才	妊娠月数 ヶ月
妊娠年月 年 月	妊娠時の年齢 才	妊娠月数 ヶ月
妊娠年月 年 月	妊娠時の年齢 才	妊娠月数 ヶ月

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・ない	小児喘息を含む「喘息」と言われたことが ある・ない