

ID. _____

受付

ふりがな			西暦	年	月	日生
お名前		生年月日	(歳)			
		ご職業				
ご住所	〒 _____					
	電話	(_____)	携帯	_____	_____	
上記以外の連絡先 (_____)						

★紹介状や検査データなどをお持ちの方は受付にお出し下さい

今日はどうされましたか？

不妊	1. 不妊相談 (検査・治療)		2. 不育相談	
婦人科	3. プレコンセプションケア (妊娠前相談)			
	4. 生理不順	5. かゆみ・おりもの	6. お腹が痛い	7. 生理痛
	8. 子宮がん検診	9. 排尿痛・残尿感	10. 不正出血	11. 更年期障害
ピル	12. 性病検査	13. 子宮筋腫・内膜症	14. 避妊相談 (ピル以外)	
	15. 生理の移動	16. 低用量ピル	17. 緊急避妊	
妊娠他	18. 生理がない	市販テスト	月	日 (+ ・ -)
	↓	他院にて診察済み (はい ・ いいえ)		
妊娠していたら? (a. 産みたい b. 相談したい c. 今回はやむなく中絶する)				
その他	19. その他 (_____)			

生理について教えてください。

一番最近の生理は

- _____ 月 _____ 日から始まった
- ・生理の出血は約 (_____) 日間持続する
 - ・周期 (生理初日から次の生理初日の前日までの日数) は
 - 順調 → (_____ ~ _____) 日型
 - 不順 → 最短 (_____) 日 ~ 最長 (_____) 日
 - 閉経している → (_____) 歳の時

薬のアレルギーはありますか？

- はい → 薬品名 (_____)
- いいえ

常用薬はありますか？

- はい → 薬品名 (_____)
- いいえ

現在、結婚していますか？

- はい → (_____) 歳で結婚した
- 予定がある → いつ (_____) 頃
- いいえ、結婚していない

大きな病気をしたことがありますか？

- はい → 病名 (_____)
- いいえ

妊娠・出産の経験はありますか？

- なし
- あり
 - 分産 (_____) 回
 - 分産場所 (_____)
 - 自然流産 (_____) 回
 - 人工中絶 (_____) 回

手術をしたことがありますか？

- はい → 手術日 (_____)
- 手術名 (_____)
- いいえ

身長 (_____) cm、 体重 (_____) kg

セックスの経験はありますか？

- あり なし

この病院を何でお知りになりましたか？

1. 友人・知人の紹介
2. インターネット
3. SNS (デジタル広告)
4. 五の橋産婦人科
5. 駅の看板
6. その他 (_____)

婦人科の診察は初めてですか？

- 初めて 受けたことがある

ぜんそくはありますか？

- あり なし