

該当する所に○をつけてから受付にお渡し下さい。裏もあります。

平成 年 月 日 記入

フリガナ
お名前

未婚・既婚・再婚
結婚：昭和・平成 年

生年月日 大・昭・平 年 月 日 ( 歳) 職業 ( )

住所 〒□□□-□□□□

電話 自宅 — — 当院を知ったきっかけは何ですか?  
携帯 — — 病院・友人・ホームページ・SNS・その他  
( )

緊急連絡先 住所 〒□□□-□□□□

(必ずご記入下さい)

氏名 続柄 電話 — —

わたなべ医院受診歴の有無を○で囲んでください。(奉免町・東松戸・受診歴なし)

過去に特別な病気にかかった事がありますか? 無し 有り

呼吸器 心疾患系 腎泌尿器 糖尿病 甲状腺 精神疾患 性病( )  
アレルギー 薬剤( ) その他( )

今服用している薬がありますか? 無・有 ( )

＊ ＊ 市の子宮がん検診のみの方の記入は以上で終了です ＊ ＊

家族に特別な病気をお持ちの方がおられますか? 無し 有り

高血圧 糖尿病 遺伝性疾患 染色体異常 婦人科疾患 他 ( )

妊娠 分娩 手術歴 (婦人科以外も含めて)

年 月	週数	性	分娩 手術	出生時体重	特記事項	分娩、手術場所
年 月						
年 月						
年 月						
年 月						
年 月						
年 月						
年 月						

## 今日はいかがなさいましたか

- 1) 月経(生理)が遅れている (尿の妊娠反応検査を; 希望する 希望しない)  
(出産を; 希望する 医師と相談したい)  
(自己妊娠反応で 月 日; 陽性 陰性)
- 2) 月経の異常 (月経(生理)不順がある 月経痛がひどい 月経量が多い)
- 3) 出血がある 月 日頃~ 月 日頃
- 4) 下腹痛がある 腰痛がある 性交痛がある 月 日頃
- 5) おりものがおかしい (赤 褐色 黄 白 緑)
- 6) 陰部が(かゆい 痛い) 月 日頃より
- 7) 不妊の相談 基礎体温表 有り 無し
- 8) 子宮がん検査希望
- 9) 避妊の相談 (IUD 希望 ピル希望 その他)
- 10) 膀胱炎の相談 (排尿痛 血尿 頻尿 残尿感)がある
- 11) 子宮筋腫 卵巣腫瘍の検査希望
- 12) その他 気になることがありますか?

## あなたの月経について

最後の月経はいつですか? 閉経された方は( )歳頃  
( )年( )月( )日 ~ ( )月( )日  
月経周期は?  
( )日 ~ ( )日

## あなたの結婚、妊娠、分娩について

- 1) 性交(セックス)の経験はありますか? (あり なし)
- 2) 妊娠したことはありますか? (はい いいえ)  
妊娠したことのある方は次にお答え下さい  
人工妊娠中絶( )回 自然流産( )回 (うち  
早産( )回 正期産( )回 帝王切開( )回)
- 3) あなたの体格は  
身長( )cm 非妊娠時体重( )kg

ご記入ありがとうございました

下欄は記入なさらないで下さい。

血圧( / mmHg) 尿蛋白( ) 尿糖( ) 体重( kg) サイン( )