

ID _____

糖 ()	混濁 ()	妊反 ()
タンパク ()	浮遊物 ()	血圧 (/)
潜血 ()		体重 ()

W D Tr /

排卵日 月 日 □ ケトン ()

フリガナ

氏名 _____ 歳 _____ 最終月経始まった日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

I どうなさいましたか？

- | | |
|--|------------------------------|
| 1 月経がこない
(妊娠の可能性 あり・なし・わからない)
(中絶の意向 なし・あり・未定) | 13 頭痛、めまい、のぼせ |
| 2 月経の異常
(月経痛・周期乱れ・量が多い・少ない) | 14 不眠、いらいら、肩こり |
| 3 月経と違った出血 | 15 食欲がない、吐き気 |
| 4 おりものが多く気になる
(赤、ピンク、褐色、黄色、白) | 16 むくみ |
| 5 陰部がかゆい | 17 胸がどきどきする |
| 6 陰部が痛い | 18 ①子宮癌の検査希望 |
| 7 おなかが痛い | ②川崎市・横浜市の子宮癌検診希望(昨年度やっていない方) |
| 8 腰が痛い | 19 子供ができない(不妊症の検査と治療の希望) |
| 9 しこりがある (おなか、陰部) | 20 性生活の相談 |
| 10 尿が近い | 21 避妊の方法を知りたい |
| 11 排尿の時痛む | 22 性病の心配 |
| 12 熱がある | 23 妊娠の経過観察 |
| | 24 定期検診 |
| | 25 その他 |

分娩後月経再開まだの方

分娩日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

出産時の異常 (あり・なし)

※ 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
- 分娩 ()回 → 一番最後の分娩 病院名 ()

II これまでの事についてお伺いします

- ① 今までかかった主な病気、受けた手術や入院の経験がありますか？ はい・いいえ
(婦人科以外も含めて 虫垂炎(盲腸) 扁桃腺等)
*院長の手術を受けられた場合はその旨もお書きください
主な病気は
() 歳の時
() 歳の時
手術は
() 歳の時
- ② 現在治療中の病気は？
ない ・ ある ()
- ③ アレルギー体質と医師に言われたことがありますか？ はい () ・いいえ
- ④ いままで使った薬や注射で副作用をおこした事がありますか？ はい () ・いいえ
- ⑤ ぜんそくにかかった事がありますか？ はい・いいえ
- ⑥ 輸血を受けた事がありますか？ はい・いいえ