

ふりがな _____

お名前 _____

ご職業 (_____)

生年月日 大・昭・平 _____ 年 _____ 月 _____ 日生まれ (_____ 歳)(既婚・未婚)

〒 _____ - _____ ご住所 _____

ご連絡可能なお電話番号をご記入ください。

電話番号 (_____)(_____)(_____) 携帯番号 (_____)(_____)(_____)

(1) 本日はどのような症状で来られましたか？(あてはまるものにつけてください)

生理痛 _____ 月経前症候群(PMS) _____ 生理不順(生理の異常) _____ 不正出血 _____ 腹痛 _____

妊娠のチェック{ 妊娠検査薬 していない・した(日付 _____ / _____ + _____) }

漢方の相談 _____ 不妊相談(結婚 _____ 年目・避妊期間 _____ 年) _____ 更年期障害 _____ 膀胱炎 _____

子宮ガン検診[今回初めてですか？(はい・いいえ 前回いつ頃? _____)]

会社からの控除 あり・なし]

おりものの異常・かゆみ _____ 性病チェック(気になる症状は? _____)

セカンド・オピニオン(病院名: _____ 病名: _____)

その他(_____)

(2) 現在、ピルを飲んでいますか？(いいえ・はい ピル名は? _____)

(3) 現在、治療中の病気がありますか？

ない・ある (病名またはどのような事で通院されていますか? : (_____)

(4) 現在、お飲みになっている薬はありますか？

ない・ある (薬の名前: _____)

(5) 今までに大きな病気にかかられたこと、手術を受けられたことがありますか？

ない・ある (病名: _____ 手術名: _____)

(6) 今までにお薬でアレルギー(じんましん・赤く腫れる・呼吸困難など)がでたことはありますか？

ない・ある (薬の名前 _____)

(7) いままで婦人科の診察を受けられたことがありますか？

ない・ある (いつ頃?: _____ 内容: _____)

(8) セックスの経験はありますか？(ある・ない)

(9) 今までに妊娠したことが(ない・ある _____ 回) 出産したことが(ない・ある _____ 回)

(10) 一番最近の生理が始まった日をご記入ください。 _____ 月 _____ 日から _____ 日間

生理は順調(20~40日周期)ですか？ はい(_____ 日~ _____ 日サイクル)・いいえ _____

生理が遅れている方で妊娠の可能性はありますか？(はい・いいえ)

現在、基礎体温表をつけていますか？(はい・いいえ)

(11) 茶屋町レディースクリニックはどういった方法でお知りになりましたか？

・メディア(新聞・雑誌・テレビetc.) _____ ・インターネット _____ ・看板 _____ ・タウンページ _____

・ご紹介(病院名(_____) お友達(お名前(_____)

・講演会etc. _____ ・その他(_____)

(12) お気づきのことや、お尋ねのことがあればご記入ください。