

初診時間診票

ID		記入日		年	月	日
ふりがな		生年月日	年	月	日 (歳)	職業
氏名						
住所 〒 _____						
自宅電話番号		緊急連絡先		夫職業		
携帯電話番号		電話番号				
<診察の目的> 当てはまる所に○を付けて下さい						
①妊娠の検査 妊娠検査薬 + - 未		④各種検査				
当院で出産を希望する		子宮がん検査 頸がん ・ 体がん				
他院で出産を希望する		クーポン (なし ・ あり ・ 自宅にあり)				
出産を 希望しない ・ 迷っている		性病の検査				
②生理の相談		⑤相談・処方希望				
生理不順		不妊				
生理が長引く		更年期障害 (のぼせ ・ めまい ・ 冷え ・ 肩こり)				
生理の量が多い		避妊の相談				
生理痛がひどい		アフターピル				
月経前症候群 (PMS)		生理日の変更 次回生理予定日 月 日				
③出血・痛み・おりものの相談		ずらしたい日 月 日 ~ 日まで				
不正出血 月 日 ~		⑥その他				
腹痛・腰痛						
おりものの異常 (におい ・ 量)						
外陰部の痛み・かゆみ・できもの						
身長・体重	cm		非妊娠時 kg			
結婚	既婚 歳	未婚	入籍予定	なし	あり	月頃
性行為経験	あり	なし	血液型	A ・ B ・ O ・ AB	Rh + -	
月経	規則的： 日周期 ・ 不規則	初潮 歳	閉経 歳			
	最終月経 月 日 ~	日間				
今回の妊娠	出産予定日 年 月 日	不妊治療	なし	あり		
過去の妊娠歴	妊娠 回	そのうち分娩 回	自然流産 回	人工中絶 回		
	分娩年月日	週数	性別	体重	健・否	分娩様式
	年 月 日			g	健・否	正常・吸引・帝王切開
	年 月 日			g	健・否	正常・吸引・帝王切開
アレルギー	薬物アレルギー	なし	あり (
	食物アレルギー	なし	あり (
嗜好品	喫煙	なし	あり () 本/日	飲酒	なし	あり () 本/日
過去の病気	なし	あり (心疾患 ・ 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 腎臓病 ・ 肝臓 ・ 血液疾患)	(その他			
手術・輸血歴	なし	あり (
出血しやすい	なし	あり	血をサラサラにする薬の内服	なし	あり	
コロナワクチン	接種回数 () 回	最終接種日	年	月	日	
現在内服中の薬	なし	あり (