

予 診 表

フリガナ						
氏名	女・男	年	月	日生	才身長	cm
携帯	☎			職業		
〒	住所					
	住民票住所(大阪市・市外)					

◇最終月経 月 日から 日間・閉経 才

☆生理痛は (ない・軽い・ひどい・薬をのむ) ☆生理量 (長びく・多い・少ない)

☆生理周期 (順調 21~35日・遅れがち・不順)

◇最近の子宮頸がん検査 年 月 済み(異常なし・あり)・していない

※診察の目的(○を付けてください)

1. 妊娠かどうか 妊娠なら (出産希望・中絶希望・考え中)

☆尿検査をした 月 日 (はっきり+・多分+・-)・していない

☆他院で診察をした 月 日 週(出産予定日 年 月 日)

☆血液検査済み 結果あり・なし

2. 性病の検査 ☆おなかが痛い・腰が痛い (いつから ) ☆熱がある ( 度) ・いいえ

3. おりものが多い ・におい (なし・気になる) ・色は (白・黄・赤・茶・ )

☆かゆみ・はれ・しこり・できものがある(外陰・膣・腹部・その他 )

4. 不正出血がある ( ) 日頃から 出血は (多・中・小)

5. 尿の異常 (多い・痛い・出にくい・出ない・残尿感)

6. ☆癌の検査 (子宮頸部・体部・卵巣) ☆検査(子宮筋腫・子宮内膜症・ホルモン異常)

7. 更年期障害 (足が冷える・肩こり・頭痛・めまい・ほてり・発汗・いらいら・不眠)

8. 不妊の相談・産み分けをしたい (男・女) ☆産み分けについて勉強しましたか? (はい・いいえ)

☆基礎体温表 (あり・なし)

9. 生理日の変更⇒ずらしたい期間 ( / ~ / )

10. 避妊の相談 (ピル・リング) ☆タバコはすいますか? (はい一日 本・いいえ)

※アフターピル性交日時 月 日 A.M 時 P.M 時 (月経周期の 日目)

11. 性同一性障害 (男性ホルモン注射・女性ホルモン注射)

12. その他

◇結婚 ( 年 月) ・離婚・再婚・死別

未婚 (性交渉 有・無)

◇妊娠歴

妊娠( )回出産( )回 流産( )回早産( )回死産( )回中絶( )回

出産の経過 ① 年 月 男・女② 年 月 男・女

③ 年 月 男・女

◇今まで大きな病気又は手術 (有・無) ( )

◇服用中の薬は なし・ある( )

◇アレルギー (無・有 薬・食べ物・アトピー・ゼンソク・その他 )

◇感染症 (無・有 B型肝炎・C型肝炎・その他 )

※当院を何で知られましたか?

紹介 (友人、病院、その他) ・電話帳・看板広告( 駅) ・インターネット・その他  
かわばたレディースクリニック