

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)	

※診察の目的(1~9の番号に○を付けて、○をつけた質問に記入してください)

- 1 ①妊娠確認検査希望
- ②妊娠なら 出産希望・中絶希望 (MVA/薬)・考え中 ☆感染症血液検査未・済み (結果あり・なし)
 ☆妊娠検査薬をした 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)
- ③不妊の相談・産み分けをしたい (男・女) ☆基礎体温表 (あり・なし)
2. 性病の検査 淋菌PCR (ぬぐい・咽)・クラミジアPCR (ぬぐい・咽)・HIV・梅毒
 症状あり：(_____)
3. 婦人科診察
 生理不順・不正出血・かゆみ・おりもの・できもの (部位： _____) その他 (_____)
 ☆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)
4. 生理日の変更⇒ずらしたい期間 (/ ~ /)
5. 避妊の相談 ①低用量ピル ②リング (ミレーナ)
6. アフターピル 性交日時 月 日 A.M 時 P.M 時
7. 更年期障害 症状 (_____)
8. 性同一性障害 MTF・FTM 手術 済・未・予定あり 男性・女性ホルモン注射希望
9. その他 { _____ }

※以下の質問を記入ください

◇生理：①最終月経 月 日から 日間 生理周期 (順調21~35日・遅れがち・不順)
 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)

②閉経 才

◇最近子宮頸がん検査をいつ受けましたか。 年 月 受けていない

◇①結婚 (年 月)・離婚・再婚・死別

②未婚 性交渉 有・無

◇妊娠歴：妊娠 () 回 (今回含む)

出産 () 回・早産 () 回・流産 () 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 ④ 年 月 男・女

◇今まで大きな病気又は手術 無・有 (_____)

◇服用中の薬は なし・ある (_____)

◇喫煙なし・ある (1日 _____ 本) ◇飲酒なし・ある (頻度： _____)

◇アレルギー 無・有 海藻・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