

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 当てはまる番号に○を付けて、質問にご記入ください)

- ①妊娠確認検査希望 ☆妊娠検査薬をした 月 日 (はっきり+・多分+・-) ・ していない
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)
感染症既往歴 無・あり (梅毒 B型肝炎 C型肝炎) その他 ()
☆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 AM 時 PM 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 { }

※以下の質問にご記入ください。

◇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) 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)

◇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 (いままでに) 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 ()

※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