

ふりがな		ご住所 〒 -
お名前		
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日生 (歳)	マイナ保険証のご利用はありますか？ <input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ 保険証による情報取得に同意されましたか？ <input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ
連絡先	() -	
メールアドレス		
ご勤務先		ご職業

どのようにして当院をお知りになりましたか？

 近所なので ご家族からの紹介 知人からの紹介 SNS 当院HP 看板 (新中野駅・中野駅・中野坂上駅・電柱・関東バス車内放送・京王バス車内放送) その他 ()

ご自身について

身長 cm	体重 kg	血液型 <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> AB Rh (+ -)
セックスの経験は	ある ・ ない	結婚 している (才) ・ 予定がある (才)
今までの妊娠・出産について	妊娠 (回) / 出産 (回) / 自然流産 (回) / 中絶 (回)	

アレルギー・特異体質について

記載例：アトピー・薬剤名〇〇・食べ物〇〇)

アレルギーは ない・ある ()

小児喘息「喘息」と言われたことが ない ・ ある (最終発作日： お薬： 歴：服用中・過去服用)

子宮頸がん検査について

一年以内に子宮頸がん検査を 受けてない・受けた (月頃) 異常 無・有

既往歴 今までにかかった病気や、受けた手術はありますか？

記載例：〇〇歳 子宮筋腫 手術 / 〇〇歳 喘息

 なし あり ()

現在通院中、または今までに通院した病院や内服薬はありますか？

記載例：パニック障害 〇〇クリニック 〇〇内服中

 なし あり ()

ご自分の両親あるいは兄弟姉妹に以下の病気もしくは過去にもった方はいますか？

 高血圧 糖尿病 その他の遺伝性疾患 (病名：) (該当の方：)

月経について

一番最近の月経	月 日 日間	普段の月経の量	多い・普通・少ない
その量はいつもと	同じ・多かった・少なかった	初めての月経	才
月経周期	日型 (持続 日)	閉経した年齢	才
月経痛	強い・軽い・無し	ピルの服用	ない・ある ()

来院動機 今回診療を受けに来られたのは、どういった理由ですか？

具体的にお書きください。

 月経が遅れているため妊娠かどうかを知りたい。 市販の妊娠判定薬で検査をしましたか？ いいえ はい 結果 (陽性・陰性) 検査日： 月 日
妊娠を継続しますか？ はい いいえ 迷い中 他院で妊娠判定を受け妊婦健診。(現在の週数 週 日 / 予定日 年 月 日
病院名 / 紹介状 あり・なし)今回の妊娠前に不妊治療を受けましたか？ いいえ はい (タイミング法・人工受精・体外受精・顕微受精)当院での出産を希望されますか？ はい 無痛分娩希望・自然分娩希望・迷い中 いいえ 帰省分娩予定・未定