

【産婦人科】 年 月 日 <ダウンロード版>

【お名前】 _____ (才) _____ 年 月 日生

(最終月経 _____ 年 月 日から _____ 日間 / 閉経 才)

※本日はどうされましたか？ (○をつけて下さい)

★妊娠

- ・妊娠 判定 (市販妊娠判定薬 月 日 / + - 未実施)
- ・妊娠を継続する (成長のチェック)
- ・ // しない (中絶希望)
- ・妊娠中の異常 ()

★診察、検査

- ・出血
- ・子宮がん検診
- ・更年期障害
- ・前回の検査結果
- ・痛み (^{どこの痛みですか？})
- ・おりものの異常
- ・不妊

★薬の処方

- ・ピル (緊急避妊ピル ・ 継続的なピル)
- ・生理予定日変更
- ・継続処方：体調にお変わりありますか？ ある ・ なし

★注射、点滴

- ・注射
- ・点滴

★その他

(

)

マイナンバー
あり

受付

院内感染防止のため、以下ご申告にご協力をお願い申し上げます。
はい・いいえ・あてはまる症状 に○をつけてください

■以下の症状がありますか？

- 37.5℃以上の発熱
- 咳、喉の痛み、鼻水などの風邪症状
- 嘔吐
- 下痢
- 7日以内に上記の症状があった

いいえ（上記の症状はない）

■7日以内に新型コロナウイルス陽性と診断された。

はい（発症日 年 月 日）

いいえ

■現在、同居ご家族、もしくは職場などで接する方に、
下記の症状がある方はいますか？

- 37.5℃以上の発熱
- 咳、喉の痛み、鼻水などの風邪症状
- 嘔吐
- 下痢

はい →（受診をする患者様からみて）どなたですか？

- 配偶者
- 子
- 父
- 母
- 兄弟
- 祖父
- 祖母
- 職場など近くで接することがある方
- その他

（ ）

いいえ

■現在、下記の薬を飲んでいますか？

かぜ薬 ・熱さまし ・痛み止め ・ステロイド剤

はい

いいえ

こちらの用紙を

<ダウンロード版>

1年以上記入されていない方、またはお久しぶりのご受診の方は
更新をいたしますので、ご記入をお願いいたします。

年 月 日

住所	〒		
ふりがな		生年	西暦・大・昭・平・令
氏名	男・女	年月日	年 月 日 (才)
連絡先	自宅	職業	
	携帯		
	緊急連絡先 ()	続柄	紹介

* おたずね

過去の病気・治療中の病気 (有・無)

初潮 (才) 周期 (日型)

最終月経 (月 日から 日間)

性経験 (有・無)

閉経 (才)

妊娠歴 回 (今回含まず)

正常分娩 回、帝王切開 回

中絶回数 回、流産回数 回

既婚 (結婚 才) ・ 未婚

身長 (cm) 体重 (kg)

血液型 (型) Rh 型 (+ ・ -)

喫煙 (有・無)

()

現在飲んでいる薬は (有・無)

()

アレルギー (有・無)

薬：
食べ物：
ぜんそく ・ 花粉症 ・ アトピー
その他：

※有に○をつけた方は詳細をお書きください