

【産婦人科】

年 月 日

【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

どこの痛みですか？

- ・出血 _____
- ・子宮がん検診 _____
- ・更年期障害 _____
- ・前回の検査結果 _____
- ・痛み (_____)
- ・おりものの異常 _____
- ・不妊 _____

★薬の処方、注射、点滴

- ・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：医師に質問・相談はありますか？ ある ・ なし
- 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