

____年 ____月 ____日

ID: _____

フリガナ

お名前

〒 _____

お住所

本日はロビンの空にお越しいただきありがとうございます

診察の前にご記入をお願いいたします

いただきました個人情報は

プライバシーポリシーに基づいて管理いたします

TEL(ご自宅) _____

TEL(携帯電話) _____

全ての方がご記入ください

1. 本日本お越しいただいた理由を教えてください (□にチェックをお願いいたします)

ご妊娠またはご妊娠の可能性 (下記の『**ご妊娠の方**』もご記入ください)

生理不順 生理がこない 生理痛 生理量の異常 生理前の症状

不正出血 おりものの異常 陰部の異常 かゆみ

子宮がん検診 子宮頸がんワクチン 婦人科疾患の定期検診

更年期のご相談 ブライダルチェック 不妊症のご相談

避妊のご相談 (低用量ピル 避妊リング アフターピル)

生理をずらす (当てたくない期間: ____月 ____日から ____月 ____日まで)

次の生理開始予定日 (最も早く来る可能性のある日): ____月 ____日)

その他のご相談・具体的な症状がございましたらご記入ください

(_____)

2. 直近の生理が始まった日 (最終生理開始日) 20____年 ____月 ____日から 閉経 ____歳

3. 最近の生理周期は順調ですか? 順調 ____日周期 不順: 早いとき ____日~遅いとき ____日周期

4. 過去のご妊娠、ご出産等について教えてください 性交未経験

ご妊娠 ____回 ご出産 ____回 (帝王切開 ____回 吸引・鉗子分娩 ____回) 現在授乳中

5. 以前に以下のクリニックを受診された方はチェックをお願いいたします

ロビンの空 小児科  ベルンの森  (町田市) ベリエの丘  (稲城市)

この用紙のご記入が初めての方、以前の記載に変更があった方はご記入ください

産婦人科以外もご記入ください

1. 他院で通院治療 (2週間以上) または入院治療を受けられたことがございますか?

なし あり ____歳 (病名) _____ ____歳 (病名) _____

2. 他院で過去に手術を受けられたことがございますか?

なし あり ____歳 (手術名) _____ ____歳 (手術名) _____

3. お薬や食べ物などにアレルギーはございますか?

なし あり⇒ _____ (具体的をお願いいたします)

『**ご妊娠の方**』は以下もご記入ください

1. 今回のご妊娠で病院の受診は 初めて 他院でご妊娠は確認済み (分娩予定日 ____月 ____日)

2. 今回のご妊娠は 自然妊娠 タイミング 人工授精 体外受精 顕微授精

3. ご妊娠の場合ご出産なさいますか? ご出産をご希望 中絶をご希望 まだ決めていない

4. ご出産の場合どちらをご希望されますか? ロビンの空 他院をご希望 未定

5. ご妊娠される直前の身長を教えてください 身長 ____cm

6. 過去のご妊娠、ご出産のときに以下の経験はございますか?

早産 死産 血圧の上昇 失神 けいれん発作 胎児または新生児の異常 輸血