

ID

記入年月日 20 年 月 日

フリガナ		電話	ご本人（携帯）	— —
氏名			緊急連絡先 続柄（ ） ※必ずご記入ください	— —
生年月日	昭和・平成・令和・西暦 年 月 日	才	勤務先名	
住所	(〒 —) (アパート・マンション名までご記入ください)			

* 患者様のお呼び出しは、お名前でお呼びする場合がございますのでご了承ください。

当院を受診するにあたって他の病院からの紹介はありましたか？	⇐はい・いいえ
_____病院 医師名 (_____ 医師) ※ 紹介状をご持参の方は、1階受付へご提出下さい	
今回の診察前にメールにて問い合わせをしていますか？（※ <u>予約メール以外</u> の問合せ）	⇐はい・いいえ
メールをしたのはいつ頃ですか？ (年 月 日)	

どうなさいましたか、あてはまるものに○印をつけて下さい

- 妊娠検査を希望します 妊娠していれば → (分娩希望 ・ 中絶希望)
分娩希望の場合 → (当院で出産 ・ 他院で出産 ・ まだ決めていない)
- 生理の異常があります (生理痛がひどい・量が多い・少ない・止まった・不順)
- 生理と違った出血があります (月 日に始まって 日間)
- 検診を希望します (子宮頸がん ・ 子宮体がん ・ 定期検診)
- おりものが気になります (色 ・ におい ・ 量)
- 外陰部に症状があります (かゆい ・ 痛い ・ できもの)
- 下腹痛・腰痛・おなかのはりがあります
- 生理日変更を希望します (月 日～ 月 日まで避けたい、次回生理予定は 月 日頃)
- ピルを希望します (はじめて飲む ・ 以前にも飲んだことがある ・ 緊急避妊) *
- 心配な症状があります (めまい ・ のぼせ ・ 動悸 ・ 発汗 ・) *
- 膀胱症状があります (尿が近い ・ 残尿感 ・ 排尿痛 ・ 尿失禁)
- 次の検査を希望します (子宮筋腫 ・ 卵巣腫瘍 ・ 子宮内膜症 ・ 性病検査)
- 次の相談を希望します (子供が欲しい ・ 避妊) *
- 専門外来を希望します (漢方外来 ・ アンチエイジング治療 *)
- 上記以外 ()

<裏面もご記入ください>

あなたの事についてお聞きします。

1~10 医師入力

[illegible]