

婦人科へ初めてかかる方へ

記入日： 年 月 日

お名前	ふりがな	性別	生年月日	
	様	男・女	年	月 日(歳)
ご住所			電話番号	
			携帯番号	
緊急連絡先	①氏名：	続柄：	携帯番号	
	②氏名：	続柄：	携帯番号	
お薬手帳へ処方内容のシール貼付を希望しますか？ いいえ ・ はい ※はいの方 → ・ 本日手帳発行希望 ・ 本日手帳を持参している ・ 手帳は持っているが本日は未持参 (※1回のシール貼付は、窓口負担が3割の方で9円、1割の方で3円かかります。)				
◎ 3ヶ月以内に沼田脳外病院または吾妻脳外で、診察や入院をしていましたか？				
◇ 沼田脳神経外科循環器科病院 → <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 定期診察 <input type="checkbox"/> なし				
◇ 吾妻脳神経外科循環器科 → <input type="checkbox"/> 定期診察 <input type="checkbox"/> なし				

月経について (閉経 才) 最終月経 (月 日 ~ 日間) 月経周期 日型 生理不順 なし ・ あり 生理異常 なし あり (長びく・多い・痛む) お産回数 回 正常分娩 回 帝王切開 回 最近の帝王切開 年 月 日	過去の病気・手術及び現在治療中の病気 なし ・ あり 年 月 ~ 月 日 病名 () アレルギー (体質) 種類 () 薬物アレルギー (体質) なし ・ あり 種類 () 現在服用している薬 なし ・ あり 種類 ()
---	---

診察の目的に☑してください。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ①月経不順 (生理不順)
年 月 日から | <input type="checkbox"/> ⑦膀胱炎症状
・ 排尿の痛み
・ 頻尿
・ 残尿感 |
| <input type="checkbox"/> ②不正性器出血
月 日 ~ 月 日 | <input type="checkbox"/> ⑧避妊の相談
・ 低用量ピル
・ アフターピル
・ 子宮内避妊具 |
| <input type="checkbox"/> ③帯下 (おりもの)
かゆみ (なし ・ あり) | <input type="checkbox"/> ⑨子宮がん検査
・ 市の検査
・ 頸部がん
・ 体部がん |
| <input type="checkbox"/> ④下腹痛
月 日 | <input type="checkbox"/> ⑩その他() |
| <input type="checkbox"/> ⑤妊娠かどうか | |
| <input type="checkbox"/> ⑥不妊の相談 | |