

____年 ____月 ____日

ID: _____

フリガナ

お名前

〒 _____

ご住所

本日はベリエの丘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

管理させていただきます

TEL(ご自宅) _____

TEL(携帯電話) _____

全ての方がご記入ください

1. 本日より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)

ご妊娠されている・ご妊娠の診断 ⇒『**ご妊娠の方**』のご記入もお願いいたします

がん検診希望 (□稲城市在住 (所定の用紙がございます) □稲城市以外)

避妊の相談 (□低容量ピルをご希望 □避妊リングをご希望 □アフターピルをご希望)

お子様が多い・不妊の相談

ブライダルチェックをご希望

生理をずらしたい⇒生理を当てたくない期間 ____月 ____日から ____月 ____日まで

次の生理が来る日(最も早い日) ____月 ____日

その他 (_____)

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

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. ご妊娠、ご出産の経験はございますか?

なし あり ご妊娠 ____回 ご出産 ____回 (帝王切開 ____回 吸引・鉗子分娩 ____回)

5. 現在授乳中の方はチェックをお願いいたします 授乳中

6. 以前に系列の「ベルンの森」を受診された方はチェックをお願いします 受診したことがある

ベリエの丘が初めての方、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⇒ _____ (具体的にお願いいたします)

『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? ベリエの丘 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. 出産経験のある方: 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 輸血歴