

\_\_\_\_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. 本日も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』をご記入ください)

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 (PMS)

不正出血  おりものの異常  陰部のかゆみ・痛み・できもの  下腹部痛

子宮がん検診  子宮頸がんワクチン  婦人科疾患の定期健診

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 (  低容量ピル  避妊リング アフターピル)

生理をずらしたい (期間 \_\_\_\_月\_\_\_\_日~\_\_\_\_月\_\_\_\_日まで) 次の生理予定日 \_\_\_\_月\_\_\_\_日頃

その他のご相談・具体的な症状があればご記入下さい

( \_\_\_\_\_ )

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  閉経している (\_\_\_\_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. ご妊娠、ご出産の経験はございますか?

ご妊娠 \_\_\_\_回 ご出産 \_\_\_\_回 (帝王切開 \_\_\_\_回 吸引・鉗子分娩 \_\_\_\_回)  性交経験なし

5. 以前に系列クリニックの「ベルンの森」「ロビンの空」を受診された方はチェックをお願いいたします。

ベルンの森 (町田市)  ロビンの空 (立川市)

**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』のみご記入ください

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. 出産経験のある方は、下記の項目をご確認ください。

① 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

② 現在授乳中の方はチェックをお願いいたします  授乳中