

\_\_\_\_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 TEL(ご自宅)

管理させていただきます

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)

- 生理痛 生理不順 生理がこない 生理の量が多い・少ない 不正出血 更年期のご相談  
PMS (月経前症候群) のご相談 おりものの異常 陰部のかゆみ・痛み・できもの  
子宮がん検診 子宮頸がんワクチン  
避妊のご相談 ( 低容量ピル 避妊リング アフターピル) 不妊のご相談  
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「ベルンの森」「ロビンの空」を受診されたことはございますか。 なし あり

### 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