

西川

婦人科
内科

クリニック

申込書

各種問診表、アンケートもご記入下さい

フリガナ		性別	男性 ・ 女性
氏名		生年月日	昭和・平成 年 月 日生
住所	(〒 -)	府 市 町 村 県 郡	利用交通機関自宅最寄駅
自宅TEL		携帯TEL	
勤務先名		勤務先☎	
診療内容 該当にチェックして下さい	<input type="checkbox"/> 拳児希望 <input type="checkbox"/> 不妊症 <input type="checkbox"/> 流産 <input type="checkbox"/> 不育症 <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 更年期 <input type="checkbox"/> レディースクリニック <input type="checkbox"/> プライマリケア <input type="checkbox"/> 健診 (<input type="checkbox"/> 大阪市 <input type="checkbox"/> その他 (健保名:) <input type="checkbox"/> 一般婦人科 <input type="checkbox"/> 月経不順 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 出血 <input type="checkbox"/> 筋腫・内膜症 <input type="checkbox"/> おりもの・膣炎 <input type="checkbox"/> 生理日変更 <input type="checkbox"/> ピル <input type="checkbox"/> 妊娠判定		
当クリニックを知ったのは (複数回答可)	知人・医療機関よりの紹介 (施設名:) 本/雑誌/新聞 (著書・他書籍:) テレビ/ラジオ (番組名:) 電話帳・看板・Web (パソコン・携帯) の (当院HP・他:)		
フリガナ		性別	男性 ・ 女性
ご主人様 氏名		生年月日	昭和・平成 年 月 日生
パートナー		携帯☎	
勤務先名		勤務先☎	

フリガナ

ご氏名

身長 _____ cm

体重 _____ kg

年齢 満 _____ 歳

1) 月経は順調ですか。各項目を○囲み又は記入ください

- ① 順調 ・ 不順 (月経周期 _____ 日型)
② 最終月経はいつでしたか。(いつもより少量の方は、前回の月経日を記入)
平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 日間
③ 月経痛 有 無 ④初潮 _____ 歳 ⑤閉経 _____ 歳

2) 過去に大きな病気、手術等の既往がありましたらご記入ください。(有 無)

例：子宮筋腫 虫垂炎 など

(_____)

3) 感染症はありますか (有 無) 例：クラミジア、結核、肝炎など (_____)

4) 今までにセックス経験はありますか。(有 無)

5) 結婚されていますか。□未婚 □既婚(昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 結婚・再婚)

6) 妊娠の経験はありますか。(有 無)

- ①分娩は何回ですか
□ 正常分娩 _____ 回 □ 帝王切開 _____ 回
②流産(自然) _____ 回
③人工妊娠中絶 _____ 回