

<input type="checkbox"/> フリガナ					
お名前		生年月日	大正・昭和・平成	年	月 日 (年齢 歳)
〒		携帯 ()		<input type="checkbox"/> 優先	
住所		自宅 ()		<input type="checkbox"/> 優先	
身長	cm	体重	Kg	相談者： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他	

◆ 本日はどのような目的で来院されましたか？

- 産婦人科のみ受診 メンタルヘルスのみ受診 両方受診

(受診内容を簡単にご記入ください)

それはいつ頃からですか？ () 頃から)

◆ これまでに、同じ相談で治療を受けたことがありますか？

- 受けたことはない 今現在、治療を受けている 過去に治療を受けていた
治療を受けた方は、施設名と診療科、そして期間をご記入ください。

病院名	科名	期間
	科	から まで
	科	から まで

◆ 上記の病気以外に、現在治療中の病気はありますか？ ある ない

(あると答えた方は下の口の中に病名などをご記入ください)

--

◆ 過去に大きな病気やケガをしたことはありますか？ ある ない

(あると答えた方は下の口の中にその内容をご記入ください)

--

◆ 今現在、処方されている薬はありますか？ ある ない

(あると答えた方は下の口の中に薬品名をご記入ください)

--

◆ アレルギーはありますか？ ある ない

(あると答えた方は下の口の中に項目をご記入ください)

薬品	
食品、その他	

◆ 以下の質問にお答えください。

- 出生地 ()、主に育った土地 ()
- 最終学校名 () 科名・専門分野 ()
 大正 昭和 平成 ____年 () 歳
 卒業 在学中 休学中 中退
- 今のお仕事は ()
いつからはじめましたか? ()
- 1番長くたずさわった仕事は? () 期間 ____年
- 転職したことはありますか? ない ある (____回)
- 同居人 いない いる (あなたを含めて ____人暮らし)
- お父さんは 健在 ____歳 健康 病気がち 死亡 享年 ____歳 原因: _____
- お母さんは 健在 ____歳 健康 病気がち 死亡 享年 ____歳 原因: _____
- 兄弟姉妹は、あなたを含めて ____人・あなたは ____番目

性交経験なし

婚姻 (____歳) (未婚 既婚 離婚 再婚)

妊娠回数 ____回 (妊娠中の方は今回の数を引いてください)

正常分娩 ____回 帝王切開 ____回 流産 ____回 人工中絶 ____回 子宮外妊娠 ____回 その他 ____回

最後の出産は ____年 ____月 (____歳)

現在授乳: あり なし

閉経 (____歳)

最終月経 ____年 ____月 ____日から ____日間

→ 異常 なし あり ()

その前の月経 ____年 ____月 ____日から ____日間

→ 異常 なし あり ()

◆ 当院をどのようにお知りになりましたか

ホームページ 都電広告 電柱 看板 人から聞いて(ご紹介者: _____)

その他 (_____)

◆ 診療明細書の発行をご希望されますか。 希望する 希望しない

◆ その他、書ききれなかったことを自由にお書きください。