

初診申込書（女性用）

フリガナ		年齢	歳	
氏名		生年月日	T S H	年 月 日
住所	〒			
TEL		緊急連絡先	本人携帯	
			実家	
メールアドレス				
職業	※身長、体重は当日測定いたしますので記入の必要はありません			
初潮	歳	閉経	歳	
		身長	cm	体重 kg
最終月経	月 日	～	月 日	(日間)
		月経周期	規則的 (日型) ・ 不規則	
未婚の方	SEXの経験 (ある ・ ない)			
既婚の方	結婚年月日 年 月 日 (歳時)			
	ご主人について 現在 歳 / 健康ですか? はい・いいえ ()			
妊娠について	出産	回・死産	回・流産	回・外妊 回・中絶 回・なし
出産について	歳時	ヶ月(週)で	gの男・女児を分娩・帝王切開	
	歳時	ヶ月(週)で	gの男・女児を分娩・帝王切開	
	歳時	ヶ月(週)で	gの男・女児を分娩・帝王切開	
* 本日の受診科	不妊科・産科・婦人科・漢方外来・その他()			
* 本日紹介状はお持ちですか?	はい・いいえ			
* 基礎体温はつけていますか?	はい(本日 持参している・持参していない)・いいえ			
基礎体温表を本日持参なさった方は過去3ヶ月の月経周期と高温期の日数を記入して下さい。				
		月	月	月
月経周期		日	日	日
高温期		日	日	日
* 異常体質はありますか?	ない・ある ()			
* 薬や注射で、かゆみ・発赤・動悸・ショックなどの症状を起こしたことはありますか?	ない・ある(薬剤名: 症状:)			
* アレルギーはありますか?	ない・ある()			
* 喫煙はされますか?	ない・ある(喫煙歴:)			
* 次の感染症と言われたことはありますか?	B型肝炎 ・ C型肝炎 ・ 梅毒 ・ HIV(エイズ) ・ ATLA ・ なし			

裏面もご記入ください

