

牧野産婦人科クリニック

カルテ番号		初診日	
-------	--	-----	--

(ふりがな)		職業	
お名前			
生年月日	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 年 月 日 (歳)		
住所	(〒 -)		
自宅電話番号		緊急連絡先	
勤務先		勤務先電話番号	

このクリニックをどうやって知りましたか？チェックをつけてください。

ホームページ(<input type="checkbox"/> パソコン・ <input type="checkbox"/> 携帯・ <input type="checkbox"/> i-タウンページ)	<input type="checkbox"/> 区検診の通知
<input type="checkbox"/> 家が近所	<input type="checkbox"/> 職場に近い
<input type="checkbox"/> 駅の看板	<input type="checkbox"/> 知人の紹介()
	<input type="checkbox"/> 通りすがり
	<input type="checkbox"/> その他()

本日の交通手段は？チェックをつけてください。

地下鉄(<input type="checkbox"/> 丸の内線 <input type="checkbox"/> 大江戸線)	バス(<input type="checkbox"/> 都バス <input type="checkbox"/> 京王バス)	<input type="checkbox"/> 自転車
<input type="checkbox"/> 徒歩	<input type="checkbox"/> 車	<input type="checkbox"/> その他()

本日診てほしい症状はどれですか？チェックをつけてください。

<input type="checkbox"/> 妊娠の診断	<input type="checkbox"/> 腹痛	<input type="checkbox"/> 生理痛	<input type="checkbox"/> 生理不順
<input type="checkbox"/> おりもの	<input type="checkbox"/> かゆみ	<input type="checkbox"/> 外陰部にできもの	<input type="checkbox"/> 外陰部に痛み
<input type="checkbox"/> 不正出血	<input type="checkbox"/> 更年期障害	<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症	<input type="checkbox"/> 区の検診
その他 ()			

初潮の年齢	歳
今までの妊娠	妊娠 回 出産 回
最近の生理日	月 日 から 日間 周期 日
閉経の年齢	歳
かかった病気	
服用している薬	

身長	cm	体重	kg
タバコ	<input type="checkbox"/> 吸う・ <input type="checkbox"/> 吸わない	喘息	<input type="checkbox"/> あり(最終発作 才)・ <input type="checkbox"/> なし
アレルギー	<input type="checkbox"/> あり(どんな?)・ <input type="checkbox"/> なし		
家族の子宮癌	<input type="checkbox"/> あり(続柄)・ <input type="checkbox"/> なし	家族の乳癌	<input type="checkbox"/> あり(続柄)・ <input type="checkbox"/> なし
性交渉の経験	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	婚姻	<input type="checkbox"/> 未婚・ <input type="checkbox"/> 既婚