

\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

ID: \_\_\_\_\_

お名前 \_\_\_\_\_

TEL(携帯電話) \_\_\_\_\_

本日はベルンの森にお越しいただきありがとうございます。診察の前に以下の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管理させていただきます。

**こちらの用紙の記入が初めての方、以前の記入に変更があった方**はご記入ください

1. 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？産婦人科以外もご記入ください

なし あり \_\_\_\_歳（病名）\_\_\_\_\_ \_\_\_\_歳（病名）\_\_\_\_\_

2. 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）

〒 \_\_\_\_\_

ご住所 \_\_\_\_\_ TEL(ご自宅) \_\_\_\_\_

**全ての方**がご記入ください

1. 本日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）

ご妊娠されている・ご妊娠の診断 ⇒『**ご妊娠の方**』のご記入もお願いいたします

がん検診希望（町田市在住（所定の用紙がございます） 町田市以外）

避妊の相談（低容量ピルをご希望 避妊リングをご希望 アフターピルをご希望）

お子様がほしい・不妊の相談

ブライダルチェックをご希望

生理をずらしたい⇒生理を当てたくない期間\_\_\_\_月 \_\_\_\_日から\_\_\_\_月 \_\_\_\_日まで

次の生理が来る日（最も早い日）\_\_\_\_月 \_\_\_\_日

その他（ \_\_\_\_\_ ）

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

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？

なし あり ご妊娠\_\_\_\_回 ご出産\_\_\_\_回（帝王切開\_\_\_\_回 吸引・鉗子分娩\_\_\_\_回）

5. 現在授乳中の方はチェックをお願いいたします 授乳中

6. 以前に系列の「ベリエの丘」を受診された方はチェックをお願いします 受診したことがある

『**ご妊娠の方**』は以下もご記入ください

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 タイミング療法 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？ ベルンの森 他院をご希望 未定

5. ご妊娠される直前の身長と体重を教えてください 身長\_\_\_\_cm 体重\_\_\_\_kg

6. 出産経験のある方：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