

フリガナ
氏名 _____ 生年月日 T・S・H _____ 年 月 日 _____ 才

(※建物名/マンション名もご記入ください)

住所 〒 _____ 職業又は学年 _____

電話番号 (※クリニック名をお伝え可能な番号をご記入ください)

【自宅・会社】 _____ - (_____) - _____ 【携帯】 _____ - _____ - _____

今後当院からのお知らせをお送りしてもよいですか? いいえ・はい 郵送・E-mail _____

当院を何でお知りになりましたか? (_____)

・本日受診された目的について、つらい症状 (ご希望) の順に番号をつけてください

- () がん検診 (保険/公費)
- () 不正出血
- () 生理の異常 (生理不順、生理痛、生理の量が多い、または少ない)
- () 妊娠の診察 市販検査薬使用 (判定 +/-)・未使用 出産希望 (有・無・未定)
- () 下腹部痛
- () 排尿の異常 (排尿痛・残尿感・頻尿・尿もれ)
- () 外陰部・膣の異常 (かゆい・痛い・できものがある・おりものの異常)
- () 不妊の相談
- () 更年期症状
- () PMS (月経前症候群)
- () 子宮筋腫、内膜症、卵巣腫瘍の検査/治療
- () 性病の検査/治療
- () 避妊相談 (ピル/リング) ※自費
- () 生理をずらしたい 避けたい日にち (____ / ____ ~ ____ / ____) ※自費
- () 緊急避妊 ※自費
- () 検査 (ブライダルチェック・その他) ※自費
- () その他 (_____)

診察案内時に診察案内時にお名前をお呼びしていいですか
○をつけてください
はい
いいえ

・あなたの状態を教えてください

身長 _____ c m 体重 _____ k g
 初経 _____ 才 閉経 _____ 才

※最後の月経 (一番最近の月経) _____ 年 _____ 月 _____ 日から _____ 日間

※その前の月経 _____ 年 _____ 月 _____ 日から _____ 日間

月経周期 月経が始まってから次の月経が始まる前日までの日数 順 (_____ 日)・不順 (_____ 日~ _____ 日)

月経出血量 (多い・固まりがある・普通・少ない)

生理痛 (強・普通・弱)

未婚 (性交経験 あり・なし) 結婚 (_____ 才) 配偶者 (現在 _____ 才) 離婚 (_____ 才)

妊娠 _____ 回 出産 _____ 回 (帝王切開 _____ 回) 流産 _____ 回 人工中絶 _____ 回

飲酒 本・ _____ 杯/週 喫煙 本・ _____ 日

・今までにかかった病気はありますか (年齢・病名・治療内容など)

いいえ・はい (_____)

・現在、治療中の病気はありますか (病名・治療内容など)

いいえ・はい (_____)

・アレルギーはありますか (薬・食べ物・花粉・ぜんそくなど)

いいえ・はい (_____)

・以前、子宮がん検診を受けたことがありますか

いいえ・はい (H _____ 年 _____ 月 結果: 異常なし・異常あり)