



スムーズに診療を進めるために、下記の項目にお答えいただいております。ご協力をお願いいたします。

フリガナ		生年月日	
氏名	様	年 月 日 (歳)	

1 どのような症状が、いつからありましたか？ また、気になることはありますか？

2 今までに指摘されたことのある婦人科疾患についてお聞きします。(該当するものに☑を入れてください)

- 子宮筋腫 子宮内膜症 子宮腺筋症
- 子宮奇形 卵巣腫瘍 その他(病名)
- 上記の病気を指摘されたことはない

3 今までに指摘されたことのある病気についてお聞きします。(該当するものに☑を入れてください)

- 高血圧 糖尿病 腎疾患 心疾患
- 甲状腺の病気 肝炎 自己免疫性疾患 脳梗塞
- 脳出血 てんかん 精神疾患 血液疾患
- 悪性腫瘍 血栓症 その他(病名)
- 上記の病気を指摘されたことはない

4 ご自分の両親あるいは兄弟に以下の病気を持った方がいますか？(該当するものに☑を入れてください)

- 高血圧 糖尿病 悪性腫瘍
- その他の遺伝性疾患(病名)
- 上記の病気を指摘されたことはない

ありがとうございました。受付までお持ちください。