

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 ■氏名 _____ 様	■身長 _____ cm	■体重 _____ kg
■生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ( _____ 歳)	■未婚・既婚 ( _____ 年目)	■職業 _____
■現住所 〒 _____	■電話番号 _____ - _____ - _____	
■血液型 _____ 型 Rh(+・-)	(緊急連絡先 _____ - _____ - _____)	

1. 今日はどうなことで来院されましたか？

- 子宮がん検診の希望     できものがある     おりもの・かゆみ     月経不順  
 不正出血     月経痛・月経量異常     性病の検査     避妊の相談  
 更年期障害     月経移動 ※月経が来たら困る日付 ( \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日まで)  
 不妊の相談     緊急避妊(アフターピル)  
※避妊に失敗した日時 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 AM・PM \_\_\_\_\_ 時頃  
 その他 ( \_\_\_\_\_ )

2. 月経についてお聞きします。

初経 \_\_\_\_\_ 才    閉経 \_\_\_\_\_ 才  
 月経周期 \_\_\_\_\_ 日型 (規則的 ・ 不規則)  
 1番最近の月経はいつですか？ \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日より開始 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日に終了  
 月経量 (多い ふつう 少ない)    月経痛 (つよい ふつう 軽い)  
 月経痛以外の症状があればご記入ください \_\_\_\_\_

3. 性交の経験はありますか？

- 産まれてから一度もなし     あり

4. 妊娠の経験はありますか？

妊娠 \_\_\_\_\_ 回    分娩 \_\_\_\_\_ 回    流産 \_\_\_\_\_ 回    中絶 \_\_\_\_\_ 回

5. 現在治療中の病気や使用している薬がありますか？常用している市販薬やサプリメントもお書きください。

治療中の病気     なし     あり    病名： \_\_\_\_\_  
 使用している薬     なし     あり    薬名： \_\_\_\_\_

6. いままで大きな病気・手術・アレルギーなどの既往がありますか？

大きな病気     なし     あり    病名： \_\_\_\_\_  
 手術     なし     あり    内容： \_\_\_\_\_    輸血     なし     あり  
 ぜんそく     なし     あり    最終発作はいつですか？ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月  
 薬のアレルギー     なし     あり    薬の名前： \_\_\_\_\_  
 食物アレルギー     なし     あり    食べ物の名前： \_\_\_\_\_

2枚目もご記入ください。

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  
■ 氏 名 \_\_\_\_\_ 様

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ます。（あてはまるものにチェック）

- 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ます。（あてはまるものにチェック）

- 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はいますか？（あてはまるものにチェック）

- 高血圧     糖尿病     悪性腫瘍  
 その他の遺伝性疾患（病名 \_\_\_\_\_）  
 上記の病気は持っていない

ありがとうございました。受付までお持ちください。