

フリガナ

氏名 生年月日 年 月 日 歳 血液型: A B O AB / Rh()

〒 住所 職業

連絡先①(ご本人) TEL ②(緊急時ご家族・ご親族) TEL

身長 cm 体重 Kg (ご続柄:)

◆本日受診された目的について✓をお付けください

- 前回、当院受診からの定期診察→前回までの診療内容()
□他院で指摘された疾患についての診察→具体的な病名()
□生理の異常(生理痛 生理不順 量が多い(かたまりが出る) 量が少ない)
□生理以外の出血→量は?(月経よりも多め 月経と同じぐらい 月経よりも少ない わずかに下着につく程度)
□生理以外の腹痛・腰痛 →いつから?(ごろ~)
□不妊の相談 □性交時痛
□おりもの(量が多い 色が気になる におい)→いつから?(ごろ~)
□陰部の(かゆみ 痛み)→いつから?(ごろ~)
□更年期症状→ホットフラッシュ(のぼせ) 気分の不調 不眠 肩こり その他()
□月経前の症状→腹痛 腰痛 吐き気 頭痛 気分の不調 その他()
□子宮がん検診(公費補助券あり 補助券なし【自費】)
□避妊の相談【自費】(アフターピル(緊急避妊) 低用量ピル 子宮内避妊リング)を希望
□生理の移動【自費】→避けたい日(月 日~ 月 日まで)
□性感染症検査【一部自費】
□その他()

◆月経についてお伺いします

初経 歳 閉経 歳 最後の月経(一番最近の月経) 年 月 日~ 日間

月経周期(月経が始まってから次の月経が始まるまでの日数) 順調 日型 or 不順 日~ 日型

◆結婚についてお伺いします

□結婚している(歳) □結婚していない→(性交経験 あり / なし)

◆妊娠したことがありますか はい / いいえ

はいの方は下記にご記入お願いいたします↓ (当てはまるものに○)

Table with 5 columns: 西暦年 月 日, 出産週数, 分娩方法(当てはまる物に○), 児体重, 分娩時出血量. Rows for multiple pregnancies.

◆今までに大きな病気、手術、アレルギーなどの既往症はありますか

- 病気: なし あり→(歳) 例 心臓病、甲状腺疾患、子宮筋腫、貧血 等
手術: なし あり→(歳) 例 乳がん手術 子宮頸部円錐切除 卵巣腫瘍摘出手術 等
喘息: なし あり→(最終発作 歳 使用している薬:)
薬のアレルギー: なし あり→(薬品名:)
食物・その他のアレルギー: なし あり→(原因物質(食品):)

◆他院処方薬、その他 常用(内服)している薬やサプリなどはありますか

なし あり→(薬剤名:) ご記入ありがとうございました