

受付番号 _____

記入日 年 月 日

診療を円滑にするため、以下のことについて教えてください。該当するところに○、あるいはご記入ください。
(プライバシーは厳守しますので、安心してご記入ください。)

ふりがな	生年月日	年	月	日
お名前	年齢	才	身長	cm 体重 kg
住所 〒				
電話番号 ()	携帯電話 ()	職業		
緊急時など、クリニックからのご連絡方法をお選びください 携帯 自宅電話 郵送				
結婚歴	未婚	既婚 (才時に結婚)	離婚 (才時に離婚)	死別 (才時に死別)

1. 本日はどのようなことで婦人科を受診されましたか。

- ・生理が異常である : 生理不順 出血量が多い 生理痛がある
- ・生理時以外に出血がある
- ・痛みがある : 腹痛 腰痛 排尿時痛 性交痛
- ・おりものが異常である : 量が多い においがする 色が異常である
- ・性器に異常がある : かゆみがある 痛みがある できものがある
- ・性感染症の検査希望
- ・妊娠検査希望
- ・更年期障害の症状がある : 顔がほてる 汗をかく 冷え性 動悸 めまい 頭痛
不眠 気分の落ち込み その他 ()
- ・子宮がん検診希望 : 今までに検診を受けたことが (ある (年 月) ない)
- ・ピル処方希望 : 生理を移動したい 低用量ピル処方希望
緊急避妊のためのモーニングアフターピル処方希望
- ・その他 ()

2. 生理について教えてください

- ・初経はいつでしたか : 才
- ・最後の生理はいつですか : 年 月 日から 日間
閉経 才
- ・周期は順調ですか : 順調 (周期は 日型) 不順 ()
- ・生理の量はいかがですか : 多い 普通 少ない 血塊がでる
- ・生理痛はありますか : ない 軽い 中程度 ひどい 寝込む 鎮痛剤をのむ

- 3. 性交の経験はありますか : ある (初交年齢 才) ない
- 現在性交を行うパートナーはいますか : 1人 複数 (人) いない

- 4. 妊娠したことがありますか : ある (妊娠 回 出産 回) ない
- ・ 才 (自然分娩 帝王切開 流産 死産 人工妊娠中絶)

- 5. 病気や手術の経験はありますか (例 28才 胆石の手術)
()

- 6. 現在内服している薬はありますか ()

- 7. 薬や食品でアレルギーを起こしたことはありますか ()