

初 当受 診察券番号 \_\_\_\_\_ 受診日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

ふりがな

氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 年齢 \_\_\_\_\_ 歳 (未婚・既婚)

★★★ご変更のない方もご記入をお願い致します★★★

〒 \_\_\_\_\_ ※ご連絡をさせていただく場合があります

住所 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

① ご自身のことについてご記入ください。 \*お薬手帳をお持ちの方はお出しください。

●既往歴

●手術歴

( ) ( )

● 喘息について ある( \_\_\_\_\_ 歳頃から/最終発作 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃) ・ なし

● アレルギーについて ある( \_\_\_\_\_ ) ・ なし

● 現在飲んでいるお薬について ある( \_\_\_\_\_ ) ・ なし

② 本日は、どのような事で来院されましたか？当てはまるものに○をつけてください。

● がん検診希望 (子宮頸がん・子宮体がん・卵巣がん) ※クーポン券 (ある・なし) ※会社助成 (ある・なし)

★★子宮けいがん検診を受けた事 (ある・なし) ある方→最終検査日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

● 定期検診 ● 相談外来 ● 生理不順 ● 不正出血 ● 生理痛 ● 月経前症候群(PMS)

● お腹が痛い ● 腰が痛い ● おりものが気になる ● 外陰部や膣のかゆみ

● 外陰部のできもの ● 性感染症が心配 ● 低用量ピルを希望 (毎日継続して服用するもの)

● 緊急避妊ピルを希望 (性交日時 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分頃)

● 生理日調整 (避けたい日にち \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日まで)

● 更年期の相談 ● 骨粗鬆症の簡易検査希望 ● 膀胱炎症状

● 赤ちゃんがほしい ● プライダルチェック ● 卵巣年齢

● 妊娠したかどうか検査希望 (出産したい・出産しない・考え中)

\*市販の妊娠判定薬テストを行った方→ 検査日 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 (結果→陽性・陰性)

● 各種注射( \_\_\_\_\_ ) ● 美容点滴( \_\_\_\_\_ ) ● 高濃度ビタミンC点滴

● 膣ハイフ ● VIO 脱毛 ● わき脱毛 ● 針脱毛 ● 遅延型アレルギー検査 ● アレルギー検査 view39

● その他( \_\_\_\_\_ )

③ 月経、妊娠等についてご記入ください。

● 月経について 最終月経 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から \_\_\_\_\_ 日間 (順調・不順) ● 閉経 \_\_\_\_\_ 歳

● 月経のとき血のかたまりが出ますか (出る・出ない) ● 月経時痛み止めの薬を使用しますか (する・しない)

● 今までに性交渉の経験はありますか (ある・なし)

● 現在、妊娠の可能性はありますか (ある・なし・わからない)

● 過去の妊娠や出産について教えてください

今までの妊娠は全部で( \_\_\_\_\_ )回→そのうち出産( \_\_\_\_\_ )回・流産( \_\_\_\_\_ )回・中絶( \_\_\_\_\_ )回・子宮外妊娠( \_\_\_\_\_ )回

年/月	分娩様式	妊娠週数	出生体重	児の健康状態	妊娠、出産時の特記事項
/	自然・帝王切開・流産・中絶	週	g	健・否	
/	自然・帝王切開・流産・中絶	週	g	健・否	