

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。

●今までに診断されたことのある病気 () ●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

Table with 6 columns: 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. It contains two rows of data for delivery details.