

診察の参考にさせていただきますので、可能な範囲でお答え下さい。

ふりがな お名前:	年齢	職業
うまれた日: 大正・昭和 平成・令和 年 月 日	☎ 携帯 ( ) 自宅 ( )	
住所 〒	こちらから連絡させていただく場合がありますので、ご了承下さい。	

☆どうなさいましたか(あてはまるものに○印をつけてください。いくつでも結構です。)

- 1、妊娠しているかどうか
- 2、月経不順
- 3、月経痛
- 4、不正出血
- 5、おりもの
- 6、かゆみ
- 7、検診で指摘された (子宮筋腫・卵巣腫瘍・ポリープ)
- 8、子供ができない
- 9、子宮癌検診
- 10、更年期症状がある
- 11、風邪の症状
- 12、ピルの処方
- 13、緊急避妊
- 14、月経移動
- 15、予防接種
- 16、その他 ( )

☆今までかかった病気や手術について

- 1、手術: なし、あり ( 歳時 ) ( 歳時 )
- 2、病気: なし、あり ( 歳時 ) ( 歳時 )
- 3、輸血: なし、あり ( 歳時 )
- 4、アレルギー体質、ぜんそく: なし、あり (具体的に )
- 5、薬や注射の副作用: なし、あり (具体的に )

☆現在服用中の薬はありますか なし、 あり (薬名 )

☆たばこについて 吸う (1日 本)、 吸わない

☆お酒について ほとんど毎日飲む、 ときどき飲む、 ほとんど飲まない

☆血のつながった人で次の病気の人はいますか: 糖尿病、高血圧症、癌、精神病、遺伝病 他  
いない、いる (誰が何の病気 )

婦人科の症状でご来院の方は以下の項目にもお答え下さい。

☆月経歴について

初 経: \_\_\_\_\_ 歳 (小・中学 \_\_\_\_\_ 年) 閉経: \_\_\_\_\_ 歳頃  
 月経周期: \_\_\_\_\_ 順調 ( ) 日型、 \_\_\_\_\_ 不順  
 月 経 量: \_\_\_\_\_ 多い、 普通、 少ない  
 月経は何日くらい続きますか: ( ) 日間  
 月経痛はありますか: はい (強、中、弱)、 いいえ  
 最近の月経はいつでしたか: 20 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から \_\_\_\_\_ 日間

☆結婚、妊娠について

未婚、 既婚 (結婚された年齢 \_\_\_\_\_ 歳)  
 性交(セックス)の経験はありますか: はい、 いいえ  
 妊娠したことはありますか: はい、 いいえ  
 妊娠したことがある方: 分娩 ( ) 回、 自然流産 ( ) 回、 胎状奇胎 ( ) 回  
 人工妊娠中絶 ( ) 回、 子宮外妊娠 ( ) 回

分娩したことがある方は下にお書き下さい:

分娩した年月	妊娠中の異常	分娩法	赤ちゃんの体重	病院名
昭・平・令 _____ 年 _____ 月	なし・あり ( )	自然・帝王切開	男・女 ( )g ( )	( )
昭・平・令 _____ 年 _____ 月	なし・あり ( )	自然・帝王切開	男・女 ( )g ( )	( )
昭・平・令 _____ 年 _____ 月	なし・あり ( )	自然・帝王切開	男・女 ( )g ( )	( )

☆検診の受診歴 ○乳 癌 (20 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月)・なし ○子宮癌、頸部 (20 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月)・なし  
 ○健康診断 (20 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月)・なし ○子宮癌、体部 (20 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月)・なし

☆結婚されている方: 御主人の年齢 ( ) 歳、職業 ( )、健康ですか (はい、いいえ)

ご協力ありがとうございました