

ふりがな  
お名前: \_\_\_\_\_ ( 歳 ) 生年月日 T・S・H 年 月 日

下記の質問にお答えください。該当欄に○印をつけ、詳細をお答えください。

未婚・既婚( 年 月 歳の時 ) ご職業 ( )

あなたの血液型 ( 型 ) あなたの身長・体重 ( cm kg)

★ 本日、当院に来られた理由

( ) 妊娠かどうか 検査薬でチェック ( 済・未 ) いつ頃 ( 月 日 ) 反応 ( +・- )

( ) 下腹部が痛い いつから( ) ( ) 不正出血がある いつから( )

( ) 子宮筋腫・卵巣のう腫があるといわれた いつ( ) どこで( )

( ) 子供がほしい ( ) おりものが気になる ( ) ピルの処方 ( ) 生理をずらしたい ( ) アフターピル処方

( ) 癌検診 無料クーポン券 (あり・なし) ( ) 更年期の相談 その他( )

( ) ワクチン接種 (子宮頸癌・インフルエンザ・その他のワクチン { } )

★ あなたの月経について 一番最近の月経はいつでしたか ( 年 月 日から 日間 )

月経周期はいかがですか 最短時で( ) 日間隔 最長時で( ) 日間隔

閉経された方はその時期をお書きください ( 歳の時 )

★ これまでに婦人科の検査を受けられたことはありますか (ある・ない) 性交渉 (あり・なし)

★ 妊娠したことがありますか (はい・いいえ) 妊娠の種類 ( 正常・流産・子宮外妊娠 )

★ お産について

	正常	帝王切開	その他	出生体重	出産場所
年 月				g	
年 月				g	
年 月				g	

★ 次のような病気にかかったことがありますか (ある・ない) ( 心疾患・高血圧・糖尿病・精神疾患 )

その他病名 ( ) ( 年 月 ) ( 完治・治療中 )

★ 現在服用中のお薬はありますか (ある・ない) 薬の名称 ( )

★ 手術を受けられたことはありますか (ある・ない) 手術名 ( 年 月 )

★ 今まで薬や注射で異常な症状がでたことがありますか (ある・なし)

あると答えられたかたはその薬の名称をご記入ください 薬の名称 ( )

★ 当クリニックはどこでお知りになりましたか (ネット・知人のご紹介・その他 { } )