

ふりがな _____

お名前 _____

ご職業 (_____)

生年月日 大・昭・平 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳) (既婚・未婚)

〒 _____ - _____ ご住所 _____

携帯番号 (_____) (_____) (_____) 電話番号 (_____) (_____) (_____)

身長 (_____ cm) 体重 (_____ kg) ※連絡先希望 (自宅・携帯・どちらでも)

(1) 本日相談したい症状に○をつけてください

- ①生理痛 痛み止め { 飲まない → 我慢している・飲む程ではない }
 { 飲む → 痛み止めの名前 (_____) }
- ② 月経前症候群 (PMS) 症状 (_____)
- ③ 生理不順(生理の異常) ④不正出血 ⑤腹痛 ⑥不妊相談 ⑦更年期障害 ⑧膀胱炎
- ⑨ 妊娠のチェック { 妊娠検査薬 していない・した (日付 / _____ + ・ -) }
- ⑩ 子宮ガン検診 [会社からの控除 あり・なし・大阪市ガン検診希望]
- ⑪ 性病チェック (項目: トリコモス・クラミア・淋菌・咽頭 {クラミア・淋菌} 採血 (HIV・梅毒・他 _____))
- ⑫ できもの ⑬おりものの異常・かゆみ・におい
- ⑭ ピル服用中の検診 ⑮その他 (_____)

(2) これまでに婦人科の診察を受けたことがありますか

ない・ある (いつ頃: _____ 内容: _____)
 子宮頸癌検査最終検査日 (_____ 年 _____ 月頃 : 未検査)

(3) 一番最近の生理が始まった日をご記入ください (_____ 月 _____ 日から _____ 日間)

生理は (順調・不順) 閉経 (_____) 歳
 現在, 基礎体温をつけていますか (いいえ・はい → 本日, 基礎体温表をお持ちですか はい・いいえ)
 現在, 妊娠している可能性はありますか (ある・わからない・確実でない)

(4) 現在, ピルを飲んでいますか (いいえ・はい → ピルの名前は _____)

(5) 現在, 治療中の病気や飲んでいる薬はありますか

ない・ある→(病名またはどのような事で通院されていますか: _____)
 ない・ある→(薬の名前: _____)

(6) 片頭痛 (偏頭痛) はありますか (いいえ・はい → 前兆 有: 無 症状 _____)

(7) ご家族 (血縁者) に乳がんの方はいますか (いいえ・はい → 母・祖母・姉妹・叔母・その他(_____))

(8) 今までに, 大きな病気にかかれたこと・手術を受けられたことがありますか
 ない・ある (_____)

(9) お薬や食物などでアレルギー (じんましん・赤く腫れる・呼吸困難など) がでたことはありますか
 ない・ある (薬の名前 _____ 食物など _____)

(10) 子宮頸がん予防ワクチンを接種したことがありますか (ない・ある → 接種回数 1回・2回・3回)

(11) 今までにセックスの経験はありますか (ある・ない)

(12) 今までに妊娠したことが (ない・ある _____ 回) 出産したことが (ない・ある _____ 回)

(13) 当院をどういった方法でお知りになりましたか

・新聞・雑誌・テレビ・インターネット・看板・講演会・お友達 (_____) その他 (_____)

(14) その他, 何かございましたらご記入ください。