婦人科の診察を受けられる方へ　　ID No.

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）

（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おりものの異常・かゆみ・におい　⑫性病チェック（希望する検査項目：　　）

⑬できもの　⑭セカンド・オピニオン（病院名：　　病名：　　）

⑮ピル服用中の検診　⑯その他（　　）

（2）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・確実にない ）

（3）現在，ピルを飲んでいますか（ いいえ・はい → ピルの名前は　　）

（4）現在，治療中の病気がありますか

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：　　）

（5）現在，飲んでいる薬はありますか

ない・ある→（薬の名前：　　）

（6）片頭痛はありますか（ いいえ・はい）

（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，大きな病気にかかられたこと・手術を受けられたことがありますか

ない・ある（　　）

（9）今までにお薬でアレルギー（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　　）

（１０）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：　　）

（１１）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 ）

（１２）今までにセックスの経験はありますか　（ある・ない）

（１３）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）

（１４）茶屋町レディースクリニックはどういった方法でお知りになりましたか

・メディア（新聞・雑誌・テレビ）　・インターネット　・看板　・講演会(　　)

・お友達（お名前（　　）・その他（　　）

（１５）その他，何かございましたらご記入ください。

（　　先生）　/　ど・女