

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 子宮頸がん精密検査・再検査 ⑯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。

( \_\_\_\_\_ 先生) / ど・女