

婦人科の診察を受けられる方へ

ID

受診日 年 月 日

フリガナ お名前	生年月日 大・昭・平 年 月 日 (歳)
住所 〒 (-)	職業
電話番号 () —	携帯電話 () —

★治療を希望の項目に○を入れて下さい

- ・子宮癌検査 (頸部・体部)
- ・HPV (ヒトパピローマウイルス) 検査
- ・経膈超音波検査 ・ホルモン採血
- ・性感症検査 ・骨密度測定
- ・不正出血 (いつから)
- ・月経症状 (不順・痛み・量)
- ・おりものの症状 (量が多い・におい・色)
- ・月経痛以外の痛み (場所:)
- ・月経前の不調 (イライラ・気分の落ち込み・腰痛・頭痛・むくみ・その他)
- ・月経が遅れている →妊娠の可能性ありますか (はい・いいえ)
- ・外陰部の異常 (かゆみ・痛み・できもの・性交痛・下がった感じ)
- ・避妊相談 (ピル・ミレーナ・緊急避妊)
- ・更年期症状の治療
- ・プラセンタ療法
- ・月経をずらしたい (避けたい日 / ~ / : 次回月経予定日 / ~)
- ・排尿症状 (排尿時痛・残尿感・もれ・頻尿・その他)
- ・その他 ()

★月経についてお尋ねします

初経 (歳) 閉経 (歳) 月経周期 順 (日型)・不順
 一番最近の月経 (年 月 日 ~ 日間)
 月経出血量 (多い・塊がある・普通・少ない) 生理痛 (強・普通・弱・無)

★あなたについてお尋ねします

子宮がん検診を受けたことがありますか ・ない ・ある (年 月頃 頸部・体部)

婦人科の病気にかかれたことがありますか

・ない ・ある ()

今までに手術を受けたことがありますか

・ない ・ある ()

現在治療中の病気はありますか

・ない ・ある ()

※お薬手帳をお持ちの方はご提出ください

アレルギーはありますか ・ない ・ある ()

喫煙 (本/日) 飲酒 (週 回) 運動 ()

妊娠 (回) 出産 (回)

性交 (セックス) の経験はありますか ・ない ・ある