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　〒（　　ー　　）	職業
電話番号（　　）　　ー	携帯電話（　　）　　ー

★本日、治療を希望される項目のみ〇を入れて下さい

・子宮癌検査（　頸部・体部　）　　・HPV（ヒトパピローマウイルス）検査
・経腟超音波検査　　・ホルモン採血　　・性感染症検査　　・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　→妊娠の可能性がありますか（　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　）
・月経症状によるピル希望　　・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）　　月経痛（強・普通・弱・無）

★あなたについてお尋ねします

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（　　）
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　　頚部・体部）
婦人科の病気にかかられたことがありますか
　・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