

フリガナ
お名前 _____ 生年月日 大・昭・平 年 月 日 () 才

住所 _____ 電話 ()

職業 _____ 身長 _____ cm 体重 _____ kg

1、本日の受診目的はなんですか？当てはあまるものを○で囲んで下さい。

妊娠の有無を知りたい (分娩する・分娩しない)

妊娠検査薬を用されましたか？ いいえ・はい (陽性・陰性 月 日)

子宮ガン検診 不正出血 生理不順 生理が止まらない 下腹痛 生理痛

おりもの かゆみ 生理がない 性感染症の検査 骨密度検査 更年期症状

妊婦検診 妊娠しない 生理を遅らせたい 避妊希望 (経口避妊薬・リング・その他)

その他 ()

医療機関からの紹介 (_____ 先生 _____ 病院・クリニック)

2、一番最近の生理はいつからいつまでですか？また、生理は順調ですか？

平成 年 月 日から _____ 月 日まで 順調 (_____ 日周期) 不順

生理痛は ひどい すこしある ほとんどない まったくない

生理の量は 多い ふつう 少ない

初めて生理のあった年齢は _____ 才 閉経した年齢は _____ 才

3、当てはまるものを○で囲んで下さい。

未婚 結婚している 離婚した 死別した 再婚した

性交の経験はありますか？ ある ない

妊娠・分娩の経験はありますか？ 妊娠 _____ 回 分娩 _____ 回

最終分娩 昭和・平成 年 月

分娩時に異常はありましたか？ あり なし

人工妊娠中絶の経験はありますか？ あり _____ 回 なし

たばこを吸いますか？ はい _____ 本/日 いいえ

お酒を飲みますか？ はい (種類 _____ 1日量 _____ 1ヶ月に _____ 日飲む) いいえ

4、現在治療中の病気や、持病がありますか？

あり (病名 _____ 医療機関名 _____ 治療内容 _____)

5、今までに次の病気にかかったことがありますか？

糖尿病 高血圧 喘息 心疾患 肝疾患 腎疾患 甲状腺疾患 血液疾患

その他 ()

6、アレルギーがありますか？ 食べ物での異常 あり (_____) なし

薬・注射での異常 あり (薬剤名 _____) なし

7、子宮癌検診を受けたことがありますか？ はい (最終検診日 _____ 年 月) いいえ