

やまかわウィメンズクリニック 受診の皆様へ

ふりがな

氏名 _____ 年齢 _____ 歳 (生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日)

〒 _____

住所 _____

自宅電話番号 _____ (_____) 携帯番号 _____

【ご勤務先】名称 _____ お仕事の内容 _____

電話番号 _____ (_____)

1. 今日ご来院された理由に○をお付け下さい。

- () 月経不順・異常出血 () 不妊 () 避妊 () 尿の異常
() おりものが気になる () 妊娠 () 性病検査 () 骨の異常
() 子宮がん検診 () 月経痛 () 腰痛 () 下腹部痛
() 月経をずらしたい () 更年期の症状 () その他 _____

2. その症状は、いつ頃からどのようにありましたか？

* いつから _____ 年 月 日頃から

* どのような症状 _____

3. 当てはまるところに○を付けて下さい。(未婚・既婚・再婚・離婚・死別・その他 _____)

4. 今までの妊娠・出産についてお答え下さい。

- 1回目 _____ 歳 (流産 ・ 中絶 ・ 早産 ・ 満期産) (妊娠 _____ ケ月)
2回目 _____ 歳 (流産 ・ 中絶 ・ 早産 ・ 満期産) (妊娠 _____ ケ月)
3回目 _____ 歳 (流産 ・ 中絶 ・ 早産 ・ 満期産) (妊娠 _____ ケ月)
4回目 _____ 歳 (流産 ・ 中絶 ・ 早産 ・ 満期産) (妊娠 _____ ケ月)

5. 月経についてお尋ねします。

(ア) 初めての月経(初潮)は何歳でしたか? _____ 歳ころ

(イ) 最終月経はいつからですか? 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日から _____ 日間

(ウ) 月経の周期は順調ですか? (順調: 周期 _____ 日型 ・ 不順)

(エ) 月経時の出血量はいかがですか? (少なめ ・ ふつう ・ 多め)

(オ) 月経時の障害はありますか? (無 ・ 下腹痛 ・ 腰痛 ・ 頭痛 ・ その他 _____)

(カ) 閉経 _____ 歳

5. これまでに、婦人科のがん検診を受けたことはありますか？

[無い ・ 有る (平成 _____ 年 _____ 月)]

6. 今までにかかったもしくは現在、治療を受けている病気はありますか？

無い ・ 有る (病名: _____)

8. 薬や食べ物のアレルギーはありますか? 無い ・ 有る (_____)

9. その他、何かきになることがありますか? (_____)