

(フリガナ)

お名前 _____ 体温 _____ 度 身長 _____ cm 職業 _____

①本日はどのようなことで受診されましたか?○をつけてください。

1.子宮がん検診 (頸がん・体がん)

2.不妊相談

3.妊娠かどうか

妊娠検査はしていますか? (はい・いいえ) 今後の希望 (分娩・迷っているまたは相談中・妊娠人工中絶)

妊娠人工中絶を希望した理由に○をつけてください。(経済面・生活面・その他 _____)

4.避妊相談

5.緊急避妊(性交日: 月 日)

6.性感染症の相談

7.月経症状の相談 (月経前症状・月経痛・月経量が多い・月経が不規則)

8.月経移動(次回月経予定日: 月 日、月経きてほしくない日: 月 日)

9.ピルの希望 (避妊・月経症状の改善)

10.更年期障害

11.注射 (プラセンタ・ビオチン・ニンニク注射)

12.症状の悩み (腹痛・陰部の痒み・できもの・尿が近い・残尿感・排尿時痛・その他 _____)

②子宮がん検診を受けたことありますか? はい(頸がん: _____ 年 月、体がん: _____ 年 月)・いいえ

③結婚はされていますか? (未婚・既婚・離別)

④妊娠されたことありますか? はい(流産 _____ 回、中絶 _____ 回、経膈分娩 _____ 回、帝王切開 _____ 回)・いいえ

⑤性交経験はありますか? (はい・いいえ)

⑥最後にあった月経を教えてください。(_____ 月 日)~(_____ 月 日)、初潮 _____ 歳、閉経 _____ 歳

⑦婦人科疾患の指摘はありますか? はい (子宮筋腫・卵巣腫瘍・その他 _____)・いいえ

⑧アレルギーはありますか? はい(_____)・いいえ

⑨たばこは吸いますか? はい(1日 _____ 本、 _____ 歳から _____ 年間)・いいえ

⑩喘息と指摘されたことありますか? (はい・いいえ)

既往歴

宮の沢スマイルレディースクリニック 基本情報



(フリガナ)

お名前 _____ 生年月日(西暦) _____ 年 月 日

ご住所 〒(-)

電話番号： _____ (自宅) _____ (携帯)

メールアドレス： _____