

フリガナ	〒		
お名前	住所		
年齢 歳 (T S H 年 月 日生)	連絡希望先に丸を付けて下さい 携帯 自宅		
職業	携帯 ()	留守電あり	なし
身長 cm 体重 kg	自宅 ()	留守電あり	なし

【1】今までに婦人科の診察を受けたことがありますか？ [はい ・ いいえ]

【2】本日はどうなさいましたか？ 当てはまるものに☑をつけて下さい。（複数回答可）

特にお悩みの症状に◎をつけてください。

- 妊娠してるかどうか調べて欲しい
 ご自分で市販の検査薬で調べましたか？ [はい ・ いいえ]
 『はい』の方→→ 月 日 結果 [陽性 ・ 陰性]
 もし妊娠しているの場合 [産みたい・考慮中・あきらめたい]
- 妊婦健診希望 分娩場所は決まっていますか？ [里帰り・この周辺・まだ]
- 生理がおかしい [止まった ・ 止まらない]
 [量が多い ・ 少ない] [月経周期が乱れた ・ 短い ・ 長い]
- 生理痛がひどい [薬を飲む ・ 飲まない] いつから？ _____
- 不正出血がある [多い ・ 少ない] いつごろ？ _____
- おりものがおかしい [多い・色がつく・臭い] いつごろ？ _____
 おりものシート使用 [有・無]
 陰部がおかしい [痒い・痛い・その他] いつごろ？ _____
- 下腹部が痛い いつごろ？ _____
- 腰痛がある いつごろ？ _____
- 生理前に調子悪い？ [胸が張る・いらいらする・落ち込む・頭痛・おくみ・肩こり・他]
 生理何日前からですか？ _____ いつ頃良くなりますか _____
- 更年期障害かも？ [のぼせ・発汗・イライラ・冷え・他]
- 子供が欲しい いつ頃からですか？ _____前より～ これから～
- 月経移動 避妊相談 緊急避妊ピル 性生活の悩み
- 子宮がん検診 [子宮頸がん・子宮体がん]
- 超音波による子宮や卵巣のチェック
- おりもののチェック 性病検査 (クラミジア 淋菌 梅毒 HIV)
- 尿のトラブル 頻尿・排尿痛・残尿感・夜間頻尿
- 骨粗鬆症の検査 子宮、膀胱が落ちてきている？
- 風疹抗体測定 風疹ワクチン希望 子宮頸がん予防ワクチン希望
- ※ 当院では不妊治療 乳がん検診は行っていません。

【3】上記以外の症状や問題は 下に具体的にご記入ください

また、今までに婦人科を受診した時や健診を受けた時 何か言われたことはありますか？
 それは、いつ頃 どの病院で指摘されましたか？

【4】診療にご希望があればご記入ください (医師の判断でご希望どおりにできないこともあります)

- 考慮中の治療 ホルモン剤 ピル ミレーナ 漢方薬 手術 医師と相談 他
- 希望しない治療 ホルモン剤 薬すべて 手術 他
- なるべくしっかり診断して欲しい。 できるだけ簡単に済ませたい。 医師に任せる

【5】 あなたの生理についてお答え下さい (診断に必要です。必ず御記入をお願いします)

- 一番最近の月経はいつからありましたか？ 月 日から 日間 量 (多 普通 少)
 その前の月経は？ 月 日から 日間 量 (多 普通 少)
 さらにその前の月経は？ 月 日から 日間 量 (多 普通 少)
 ①初経は [歳頃] ②閉経された方 [最後の月経は 歳頃 または 年頃]
 ③月経周期は [不順 ・ 順調 → 日周期]
 ④持続期間は [日間] 周期とは月経初日から次の月経まで
 ⑤量は [少ない ・ 普通 ・ 多い]
 一番出血の多い日の昼間に使用するの？ [昼用 ・ 夜用ナプキン ・ タンポン] 交換 () 時間ごと
 ⑥生理痛は [ない ・ 普通 ・ ひどい] 鎮痛剤を飲んでいますか？ [飲む ・ 飲まない]

【6】 あなたの 結婚・妊娠 についてお答え下さい

- ① [既婚 ・ 未婚 ・ 離婚した]
 ②妊娠したことはありますか？ [はい ・ いいえ]
 『はい』の方は → [分娩 回 ・ 流産 回 ・ 中絶 回]

	出産年齢	妊娠経過	分娩経過	他
一人目	歳	正常・異常	正常・帝王切開	
二人目	歳	正常・異常	正常・帝王切開	
三人目	歳	正常・異常	正常・帝王切開	

- ③セックスの経験はありますか [はい ・ いいえ]
 いいえの方 本日内診をしてもよろしいですか？ [はい ・ いいえ ・ 相談してから]

【7】 病気・手術 について (当てはまる箇所に✓を)

- 特に無い
 手術の経験がある
 病名 [] [歳の時 病院で]
 薬や注射にアレルギーがある
 具体的に []
 片頭痛がある [ピカピカする等の前駆症状 あり なし]
 喘息がある または以前あった [才頃] [使用薬]
 他に病気がある または あった []
 薬を飲んでいる []
 血縁の方で、病気の方がいる [糖尿病 高血圧 がん 心筋梗塞 脳梗塞 ほか]
 タバコを吸う [才から 一日 本] アルコールを飲む [毎日 時々]

【8】 健康診断・人間ドック・他院での検査についてお答えください

- ①他院で下記の検査を受けましたか？
 子宮頸がん・子宮体がん [年 月頃 横浜市利用 有 無 不明]
 血液検査 [年 月頃] 乳がん検査 [年 月頃]
 ②最後に健康診断・人間ドックを受けたのはいつですか？ [年 月頃]

【9】 以前の診察につきお答え下さい

- ①内診は 普通 苦手 かなり苦手 本日は何か希望はありますか？
 ②採血は 普通 苦手 かなり苦手 本日は何か希望はありますか？

ご記入ありがとうございました。この用紙は受付にお出しください。

健診や 他院の結果 お薬手帳 基礎体温などをお持ちの場合 スタッフにお渡しください

順番がくるまでお待ち下さい。外出される方は外出前、戻った時に必ず受付にお声をかけてください。