

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・むくみ・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】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 ]

**【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せんか? [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】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に添え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

**【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てください。  
 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。