

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 ピル相談
- 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 ミレーナチェック
- おりもののチェック 性病検査(クラミジア 淋菌 梅毒 HIV) 咽頭(のど)性病検査
- 尿のトラブル (頻尿・排尿痛・残尿感・夜間頻尿 ほか)
- 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]

1年に1回は健診を受けられることをお勧めいたします

【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〔順調 → 日～ 日程度 不順→短い時は 日 長いときは 日

周期とは月経初日から次の月経までです。平均は× わかる範囲でご記入ください。

④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

⑤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〔 〕

頭痛がある ①～④の質問の当てはまるものに○をつけてください。

①片側 / 両側 ②日常生活に支障がある ③光と音に過敏になる

④頭痛がおきる前に閃輝暗点※あり その頻度は、1か月 回程度

※(きらきらした光、点がひろがり、視覚が消失すること)

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