

(女性用)

レディースクリニックゆう

婦人科・産科・内科

(ふりがな)

氏名 _____ (歳) 身長(_____ cm) 体重(_____ kg)

記入いただいた個人情報診療以外に使用することはありません。正確なご記入をお願いいたします。

【1】 本日来院された理由を○で囲んでください。

- | | |
|---|---------------------------------|
| 1. 妊娠の診察 市販薬陽性 (月 日) | 11. 尿の異常 |
| 2. 月経の異常 | 12. 緊急避妊ピル
(性交日時: 月 日 時頃) |
| 3. お腹に違和感がある | 13. プライダルチェック |
| 4. おりものが気になる | 14. レディースドック |
| 5. 外陰部や膣の異常 | 15. プラセンタ治療 |
| 6. 更年期障害 | 16. 性感染症検査 |
| 7. 不妊の相談 | 17. 予防接種
(インフルエンザ・肺炎球菌・麻疹風疹) |
| 8. がん検査
(子宮がん・卵巣がん・乳がん) | 18. 不正出血 (月 日から) |
| 9. ピル希望 (避妊目的、生理痛の緩和) | 19. その他 () |
| 10. 月経移動 (月経が来て欲しくない日)
(月 日 ~ 月 日) | |

具体的な症状をご記入下さい。また、ご質問・ご相談などある方もご記入ください。

【2】 普段の月経についてお聞かせください。

- 最終月経はいつですか。(西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 日間)
- 月経周期は順調ですか。(順調 ・ 不順 : 月経周期 _____ 日型)
- 月経痛は、ありますか。(あり ・ なし)
ありの方: 痛み止めは何回のみますか。(薬: _____ 回数: _____ 回/日)
- 初潮 _____ 歳 閉経 _____ 歳

【3】 性交渉(セックス)の経験はありますか。(はい ・ いいえ)

【4】 妊娠の経験はありますか。(あり ・ なし)

- 分娩は何回ですか。(年月もご記入ください。)
正常分娩 _____ 回 (S・H _____ 年 _____ 月) (S・H _____ 年 _____ 月) (S・H _____ 年 _____ 月)
帝王切開 _____ 回 (S・H _____ 年 _____ 月) (S・H _____ 年 _____ 月) (S・H _____ 年 _____ 月)
(理由: _____)
- 流産 _____ 回 (S・H _____ 年 _____ 月 妊娠 _____ 週) (S・H _____ 年 _____ 月 妊娠 _____ 週)
- 中絶 _____ 回 (S・H _____ 年 _____ 月 妊娠 _____ 週) (S・H _____ 年 _____ 月 妊娠 _____ 週)

(裏面へ)

【5】過去に大きな病気、手術の既往がありましたらご記入ください。

	年 齢	病 名	手 術	病院名
1	歳			
2	歳			
3	歳			

【6】現在服用中の薬があれば記入してください。()

【7】輸血を受けたことはありますか。(あり ・ なし)

【8】アレルギーのある人はご記入ください。

なし 喘息 鼻炎 花粉症 蕁麻疹 アトピー性皮膚炎 その他 ()
 (薬品名) (食べ物)

【9】喫煙 (はい ・ いいえ) (_____ 本/日) 飲酒 (はい ・ いいえ) (_____ 回/週)

【10】感染症はありますか。(あり ・ なし)

例:梅毒・結核・B型肝炎・C型肝炎など()

【11】血縁関係のあるご家族の方に以下のご病気はありますか。(あり ・ なし)

高血圧 () 糖尿病 () 癌 ()
 血栓 () 脳疾患 () 心疾患 ()
 肝炎 () その他 ()

【12】子宮頸がん検診を受けたことはありますか。(あり ・ なし)

最近の検診: _____ 年 _____ 月頃 → 結果 : 異常なし ・ 異常あり

【13】子宮体がん検診を受けたことはありますか。(あり ・ なし)

最近の検診: _____ 年 _____ 月頃 → 結果 : 異常なし ・ 異常あり

【14】当クリニックを知ったのは。(複数でも○を)

知人や家族 ホームページ 病院リスト (PC) 広告、看板 通りがかって
 ()

◇ ご記入ありがとうございました。受付までお持ち下さいますようお願いいたします。

◇ 診察内容によっては順番が前後することがございますが、ご了承ください。