

ふりがな お名前			自宅電話	
			携帯電話	
	西暦	年 月 日生	ご職業	
ご住所				

① 本日はどのような理由で来院されましたか

1 月経の異常

出血が止まらない・出血量が多い・出血量が少ない・月経不順
 月経が来ない・月経が頻回にある（月2回以上）・月経痛が強い
 月経前の症状（ ）がつらい
 月経以外に出血がある

2 下腹部痛・腰痛（いつから_____、その痛みはだんだん強くなっていますか はい/いいえ）

3 妊娠したい、不妊について相談したい

4 妊娠の診察

市販の妊娠テストは（陽性（ 月 日）・していない）

他院で妊娠しているといわれた。分娩予定日： 年 月 日 と言われている。

妊娠確定後は（出産希望・妊娠継続を希望しない・わからない）

今後の妊婦健診（希望する・希望しない）、4Dエコーのみを希望

5 更年期障害かどうか、症状（ ）がつらい。

6 おりものが気になる（量が多い/少ない・色・臭い）

7 陰部や膣のかゆみ・外陰部のできもの

8 膣から何か出ている、何か下がっているような感じがする

9 尿が近い・排尿時に痛みがある・すっきり出ない

10 がん検診希望

11 月経をずらしたい（月経を避けたい期間： 月 日 ~ 月 日 まで）

12 ピル希望（はじめて・他院で処方されている（薬の名前： ））

13 緊急避妊ピル希望

14 避妊について相談したい

15 性病検査希望

16 プラセンタ注射希望

17 ワクチン接種希望（風疹・麻疹・インフルエンザ・子宮頸がんワクチン・その他）

17 他の医療機関で（ ）と言われた。

18 その他（ ）

② 月経について

1 一番最近の月経はいつでしたか ____月____日 ~ ____日間、月経周期（ ____日周期、不順 ）

2 閉経 ____才

裏面に続きます

- 3 月経量（多い、普通、少ない） 月経痛（強い、普通、軽い）
 痛み止めの使用（ ____回／日、 ____日間 ）
- 4 月経前の症状はありますか（ ない ・ ある（頭痛・腰痛・吐き気・だるい・眠い・イライラ・むくみ・その他 ））

③ 体質や家族歴について

- 1 身長 ____ cm 体重 ____ kg
- 2 喫煙の習慣 ない ・ ある(1日 ____本) ・ やめた(____才の時に)
- 3 飲酒の習慣 ない ・ ある(毎日、時々、たまに)(量 ____ /1日当たり)
- 4 アレルギー体質はありますか（ ない ・ ある（ ____ ））
- 5 医師から特別な注意を言われたことはありますか（ ない ・ ある（ ____ ））
- 6 身内の方で、乳がん・子宮がん・卵巣がんにかかった方はおられますか（ いいえ ・ はい（ ____ ））
- 7 6のほかに身内の方で病気の方はおられますか（ いいえ ・ はい（ 糖尿病 ・ 高血圧 ・ 心臓病 ・ その他 ））

④ 結婚・妊娠・分娩について

- 1 未婚 ・ 入籍予定(____月) ・ 既婚
- 2 性交経験（ なし ・ あり ）
- 3 妊娠歴（ なし ・ あり（ ____回、 そのうち自然流産 ____回、 人工妊娠中絶 ____回 ））
- 4 出産歴がありましたらお書きください

出産年月	週数	妊娠について	分娩について	体重	出産された病院	特記事項がありましたらご記入ください
年 月	週	正常 ・ 異常	経膣・帝王切開	g		
年 月	週	正常 ・ 異常	経膣・帝王切開	g		
年 月	週	正常 ・ 異常	経膣・帝王切開	g		
年 月	週	正常 ・ 異常	経膣・帝王切開	g		

⑤ 既往歴について

- 1 これまでにかかった病気や治療中の病気はありますか
 特になし
 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 腎臓疾患 ・ 肝臓疾患 ・ 心臓疾患 ・ 脳疾患 ・ 甲状腺疾患 ・ 肺疾患
 消化器疾患 ・ アレルギー ・ 婦人科疾患（ 卵巣のう腫 ・ 子宮筋腫など ） ・ 性感染症 ・ 喘息
 てんかん ・ その他（ ____ ）
- 2 服用中のお薬がありましたら、ご記入ください。

- 3 これまで受けた手術がありましたら、ご記入ください

年齢	病名	どのような手術でしたか	病院名	輸血
才				あり・なし
才				あり・なし
才				あり・なし

ご協力ありがとうございました。