

氏名: 年齢: 歳 職業: 身長: cm 体重: kg

1) 本日はどのようなことで受診されますか ○をつけて下さい

- ①不妊症(妊娠希望) ②不育症 ③性交障害 ④妊娠
⑤不正出血がある ⑥生理不順 ⑦下腹部痛 ⑧生理日をずらしたい
⑨癌検診・頸癌ワクチン希望 ⑩婦人科検診 ⑪ブライダル・不妊予防チェック ⑫性感染症の検査
⑬子宮筋腫 ⑭子宮内膜症 ⑮おりもの(におい 量が多い) ⑯外陰部のかゆみ
⑰外陰部の湿疹 ⑱しこりが触れる ⑲頻尿 ⑳尿失禁
㉑貧血 ㉒更年期障害 ㉓セカンドオピニオン ㉔その他

詳細を記入して下さい(①については裏面に記入して下さい)

例) ⑬33歳時他院にて指摘され注射で治療中

[]

2) 生理の様子について

一番最近の生理: 年 月 日 ~ 月 日 初潮: 歳 閉経: 歳

出血の量: 多・中・少 月経困難: 無・有 (下腹部痛・腰痛・その他())
経過: 順・不順 (どのように不順:) 生理時常用薬: 無・有 ()
周期: 日型 基礎体温表: 無・有
持続日数: 日間

3) 過去の病気、持病について 例) 30歳(病名:高血圧 治療:内服中)

病 気: 無・有 歳 (病名: 治療:) アレルギー
歳 (病名: 治療:) 喘息: 無・有
手 術: 無・有 歳 (病名or手術名:) 食物: 無・有 ()
歳 (病名or手術名:) 薬物: 無・有 ()
輸 血: 無・有 歳 (病名or手術名:) その他: ()
クラミジア感染既往歴: 無・有
HPV子宮頸癌既往歴: 無・有

4) 現在の状態、その他について

食 欲: 良・不良 睡 眠: 良・不良
便 秘: 無・有 (日に1回) 飲 酒: かなり・時々
喫 煙: 無・有 (1日 本) 常用薬: ()
性交経験: 無・有
子宮癌検診を受けたことは: 無・有 (年 月 結果)
結 婚: 既婚 歳の時 離婚 歳の時 再婚 歳の時
未 婚 セックスパートナー: 無・有 (特定・複数 人)
夫またはパートナー: 現在 歳 何か症状や病気はありますか 無: 有
(症状・病気を記入して下さい)

5) 過去に妊娠したことがありますか : 無・有(以下に記入して下さい)

- ① 年 月 正常分娩・異常分娩(帝王切開・吸引分娩・その他())
自然流産(週)・中絶(週)・胎状奇胎・子宮外妊娠
② 年 月 正常分娩・異常分娩(帝王切開・吸引分娩・その他())
自然流産(週)・中絶(週)・胎状奇胎・子宮外妊娠
③ 年 月 正常分娩・異常分娩(帝王切開・吸引分娩・その他())
自然流産(週)・中絶(週)・胎状奇胎・子宮外妊娠

6) 家族または血縁の方で次のような病気にかかった方はいますか (数字を記入して下さい)

- ①癌 ②高血圧 ③糖尿病 ④肝炎 ⑤結核
⑥婦人科疾患 ⑦精神病 ⑧遺伝疾患 ⑨奇形 ⑩その他(病名:)
祖父() 祖母() 父() 母() 兄弟() 姉妹()

7) 他に何か症状や医師に質問がありましたらお書き下さい

[]

