

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 ~ 年 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・)
- 経過: 順・不順 (どのように不順:) (その他())
- 周期: 日型 生理時常用薬: 無・有 ()
- 持続日数: 日間 基礎体温表: 無・有

- 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
- []