

氏名 _____ 年齢 歳 職業 _____ 身長 cm 体重 kg
 携帯番号 _____ 電話番号 _____ 自宅・職場・その他 ()

1. 本日受診された理由は何ですか？（あてはまるところを○で囲んでください）

01. 妊娠の診察 ・妊娠している（市販の妊娠検査薬で 月 日陽性・他院で診断）
 ・妊娠かどうか分からない・妊娠は継続しない
 ・分娩は当院を希望・他院()を希望
 02. 子供ができにくい（避妊解除期間 年）
 03. 月経不順 04. 月経痛 05. 不正性器出血 06. お腹が痛い
 07. 陰部のかゆみ 08. おりものについて 09. 子宮がん検診 10. 性病検査
 11. 子宮筋腫・卵巣嚢胞・子宮内膜症 12. 避妊の相談 13. 更年期症状
 14. 緊急避妊 15. 検診で要受診 16. その他 ()

2. あなたの家族で高血圧、糖尿病、肝臓病、がん、結核、梅毒、精神疾患などの方がおられますか？

いいえ (はい) 病名 _____ あなたとの続柄 ()

3. あなたの月経について

- ・初めて月経があったのは、 歳 ・月経は毎回（順調・不調）
 ・月経の始まりから次の月経の始まりまでは、何日くらいですか？ 日くらい
 ・月経は何日くらい続きますか？ 日くらい
 ・月経の量は（少ない・普通・多い）
 ・月経痛はありますか？（ない・軽い・強い） 鎮痛薬を使用 薬剤名 _____
 ・一番最近の月経は 西暦 20 年 月 日 ~ 月 日
 ・閉経したのは、 歳

4. 最後に子宮頸がん検診を受けたのはいつですか

西暦 20 年 月 日

乳がん検診を受けたのはいつですか

西暦 20 年 月 日

5. 結婚について

- ・結婚している 西暦 年 月 (初婚・再婚) ・していない ・する予定
 ・性交の経験はありますか？ (はい・いいえ)

6. いままで妊娠・分娩について 分娩 (回) 流産 (回) 人工中絶 (回) 授乳中

	1回目	2回目	3回目	4回目
	年 月	年 月	年 月	年 月
分娩 (性別・体重)	男・女 g	男・女 g	男・女 g	男・女 g
正常・帝切	正常・帝切	正常・帝切	正常・帝切	正常・帝切
病院・助産院名				

7. いままでにかかった病気や受けた手術、新型コロナウイルスワクチン接種について

病気：高血圧・糖尿病・心臓病・喘息・肝炎・腎炎・貧血・甲状腺疾患・精神疾患・腹膜炎・結核
 子宮筋腫・卵巣嚢胞・子宮内膜症・子宮頸部異形成・性病・虫垂炎・その他 ()
 (年 月 日 医療機関名：)
 手術：病名 ()、術式 ()
 (年 月 日 医療機関名：)
 新型コロナウイルスワクチン接種：1回目 20 年 月 日 2回目 20 年 月 日
 3回目 20 年 月 日

8. 現在治療している病気がありますか？

病名： _____
 内服中の薬： _____

9. アレルギー、喫煙について

アレルギー：ない ある →薬剤：ピリン・ペニシリン・ヨード・その他 ()
 →食物 ()
 喫煙：なし あり (1日 本)