

■ご自身のことに関して記入ください

氏名： (歳)

生年月日：S・H・R 年 月 日

住所：〒

職業： 電話番号： - -

身長・体重 cm kg

喫煙：しない・やめた・している(1日 本)

結婚歴：未・結婚 回・離婚 回

性交経験：有・無

今まで産婦人科を受診したことが：ある・ない

妊娠歴：妊娠 回・出産 回

子宮頸がんワクチン接種：済(回数 1・2・3)・未

婦人癌検診を受けて： いる(頸癌・体癌 最終検査 年 月)・無

ピルを服用して： いる(薬剤名)・いない

■パートナーについて

年齢 歳 職業

■生理について

初経 歳・閉経 歳(閉経の場合以下記入不要)

生理周期 整(日周期)・不順

注)生理周期とは、生理初日～次の生理初日までの日数

生理の量 多い・普通・少ない

最近の生理 月 日から 日間

その前の生理 月 日から 日間

■既往歴 今までに指摘された該当疾患があればチェックを

☐高血圧 ☐腎疾患 ☐性病(クラミジア・梅毒・トリコモナス・他)☐心疾患 ☐糖尿病 ☐肝疾患 ☐バセドウ・橋本病 ☐乳がん☐喘息 ☐花粉症 ☐膠原病(種類)☐精神疾患(病名)☐婦人科良性疾患(筋腫・内膜症・卵巣嚢腫・・頸部異形成)☐婦人科悪性腫瘍(頸部・体部・卵巣・外陰・他)☐その他(病名)

■服用中の薬 無・有

薬剤名

■手術歴(帝王切開を含む / 流産・中絶は除く)

時期 病名 術式 輸血 医療機関名

1) 歳 / / 有無 /

2) 歳 / / 有無 /

3) 歳 / / 有無 /

4) 歳 / / 有無 /

5) 歳 / / 有無 /

■薬剤等のアレルギーがあれば記載ください

薬剤名

その他アレルギー 無・有(アルコール・ラテックス・金属・他)

食事アレルギー 無・有()

■本日はどのようなことで来院されましたか？

☐生理が来ない市販の妊娠検査は ☐していない ☐陰性(実施日 /)☐生理痛・生理前後の体調不良(PMS)の相談痛みの程度は ☐寝込むほど ☐日常生活は出来る鎮痛剤は ☐服用しない ☐服用する(薬剤名)☐服用しても効かない☐ピルも検討中・試してみたい☐生理が不順 ☐止まらない()頃から☐不正出血が多い()頃から☐毎月・周期的に来ない(生理周期は 日毎が多い)☐生理の量が気になる(多い・塊が多く出る・少ない)☐性交後の出血()頃から・最近()に有った☐おりものが気になる(臭う・茶色・ピンク・血が混じる・緑・酒かす状)☐外陰部・腔のかゆみ()頃から☐外陰部のできもの()頃から☐腫瘍(しこり)が触れる()頃から

部位は 下腹部・足の付け根・外陰部・他

☐下腹部痛・腰痛()頃から☐更年期症状☐その他()

■自費診療・健診■ 下記事項は保険診療と併用不可

☐市の健診(癌検診・ヘルスチェック・他)☐婦人科健診：ドック【希望コース】・ブライダルチェック

*ドックのコースメニューは受付にお尋ねください

☐生理日変更(来てほしくない期間 月 日～ 月 日)☐緊急避妊(モーニングピル) ☐避妊目的ピル・ミレーナ希望☐子宮頸がんワクチン

◆妊娠歴を教えてください◆

	例	例	1	2	3	4	5
年・月・歳	18歳	R5.12.8.					
中絶	○						
流産							
子宮外妊娠							
早産							
正常分娩		○					
帝王切開							
医療機関名	大阪	A病院					