

ふりがな

氏名: _____ 生年月日 年 月 日 年齢 歳(未婚・結婚予定・既婚)

※緊急時のため、必ずご記入ください

住所: 〒 _____

連絡先: 自宅電話 _____ 携帯電話 _____ 職業: _____

以下の質問にお答えください(当てはまる項目に○でかこむか、必要事項を記入してください。複数可)

・本日はどのようなことで来院されましたか?

- | | |
|---|---|
| 1. なかなか妊娠しない
不妊症検査・治療をしたい | 9. 外陰部や膣のかゆみ・痛み |
| 2. 流産を繰り返す。不育症検査をしたい | 10. 外陰部のできもの |
| 3. 妊娠の確認: 市販の妊娠テストは
(していない・陽性____月____日) | 11. 性感染症の検査をしたい(クラミジア・淋病・HIV) |
| 4. がん検診の希望
(子宮頸がん・子宮体がん・卵巣腫瘍) | 12. 下腹部痛がある (いつ頃から) |
| 5. 検診で異常を指摘された
(子宮頸がん・子宮体がん・卵巣腫瘍) | 13. 更年期症状 () がつらい |
| 6. 月経の異常
出血が止まらない・出血量が多い・月経不順
生理以外の出血がある・不正出血がある | 14. 排尿時の痛み・頻尿・残尿感・尿が漏れる |
| 7. 生理痛が重い | 15. 月経移動の希望
(都合が悪い日: ____月____日 ~ ____月____日) |
| 8. おりものが気になる (量が多い・色・におい)
・診察に何か要望があればお書きください
(_____) | 16. 避妊希望 (ピル・子宮内避妊器具) |
| | 17. 緊急避妊ピルの希望
(性交日時: ____月____日 ____時 ____分頃) |
| | 18. 風邪をひいた |
| | 19. 予防接種希望 (インフルエンザ・その他) |
| | 20. その他 (_____) |

- ・もっとも最近の月経はいつでしたか (H____年____月____日~____日間) 閉経____歳
- ・月経周期は順調ですか (順調: ____日周期・不順)
- ・妊娠(なし・あり____回) 出産(____回) 流産(____回) 人工妊娠中絶(____回) お子さん(____人)
- ・これまでかかった病気や治療中の病気はありますか 特になし
あり: 高血圧・糖尿病・喘息・高脂血症・心臓疾患・肝疾患・腎臓疾患・脳血管性・甲状腺疾患・肺疾患
血液疾患・精神疾患・アレルギー疾患・その他 (_____)
婦人科疾患(子宮筋腫・子宮内膜症・子宮腺筋症・卵巣腫瘍・性感染症)
- ・現在服用中の薬があれば記入してください
(薬剤名: _____)
- ・これまで受けた手術があれば記入してください
(年齢: ____歳 病名: _____ 手術内容: _____ 病院名: _____)
- ・アレルギーはありますか
(なし・あり→薬・注射: 禁忌薬(_____) 花粉症・アトピー・食物(_____)・金属・その他 _____)
- ・身長: ____cm 体重: ____kg *ご自身の身長・体重をお書きください

アンケートにご協力ください。当院のことはどのようにして知りましたか?
インターネット・友人や知人から・新聞やフリーペーパー・医院を見て・道路看板を見て・タウンページ
他院より紹介(紹介元病院名: _____ 紹介状: あり・なし)