

フリガナ

お名前 \_\_\_\_\_ 生年月日 大・昭・平 年 月 日 ( ) 才

〒 \_\_\_\_\_ 電話: ( )

住所 \_\_\_\_\_ 携帯: ( )

職業 \_\_\_\_\_ 身長 \_\_\_\_\_ c m 体重 \_\_\_\_\_ k g

1. 本日の受診目的はなんですか？あてはまるものを○でかこんでください

- ・子宮がん検診                      ・おりもの                      ・生理がない                      ・生理を遅らせた
- ・不正出血                              ・かゆみ                              ・生理不順                              ・避妊希望 (経口避妊薬・リング・アフターピル)
- ・生理が止まらない                      ・性感染症の検査                      ・更年期症状                              ・妊婦健診
- ・生理痛                                      ・下腹痛                                      ・骨密度検査                              ・禁煙治療
- ・妊娠を希望・相談                                      ・プラセンタ注射                              ・その他 ( )
- ・妊娠の有無を知りたい (出産する・出産しない・考え中)

→妊娠検査薬を使用されましたか？ はい (陽性・陰性 月 日検査) ・いいえ

2. 最近の生理はいつからいつまでですか？生理は順調ですか？

平成 年 月 日 から 月 日 まで 順調 ( 日周期) ・不順

生理痛は？ ひどい すこしある ほとんどない まったくない

生理の量は？ 多い ふつう 少ない

初めて生理のあった年齢は 才 閉経した年齢は 才

3. あてはまるものを○でかこんでください

未婚 結婚している ( 才結婚・再婚) 離婚した 死別した

性交の経験はありますか？ あり なし

妊娠・分娩の経験はありますか？ 妊娠 回 分娩 回 (自然分娩 回 帝王切開 回)

最終分娩は？ 昭和・平成 年 月

分娩時に異常はありましたか？ あり ( ) なし

人工妊娠中絶の経験はありますか？ あり 回 なし

たばこを吸いますか？ はい ( 本/日) いいえ

飲酒しますか？ はい いいえ

4. 現在治療中の病気や、持病がありますか？

あり (病名 医療機関名 治療内容) なし

5. 今まで次の病気にかかったことがありますか？

婦人科疾患 糖尿病 高血圧 喘息 心疾患 肝疾患 腎疾患 甲状腺疾患 血液疾患 その他 ( )

病名 ( ) 手術歴 ( ) なし

6. アレルギーがありますか？ 食べ物での異常 あり ( ) なし

薬・注射での異常 あり ( ) なし

その他 あり ( )

7. 子宮がん検診を受けたことがありますか？ はい (最終検診 年 月) いいえ

8. 7で“はい”とお答えの方、HPV 検査はされましたか はい いいえ