

予約日	/ / ()	時間	:	ID	
氏名	ふりがな		生年月日(西暦)		年齢
			携帯番号		
住所	〒		電話番号(自宅)		
			※郵送の際当院封筒の使用可否		可 否
メールアドレス					
職業		勤務地※都道府県/市区までご記入ください			
身長(整数)		cm	体重(整数)		kg

○当院で希望する治療(選択)

妊娠の診断	→	市販検査薬	陰性・陽性	(検査日 月 日)	・	使用未
月経異常	→	出血が止まらない	出血が多い	出血が少ない	月経不順	月経が止まった
		月経がひと月に2回以上ある	他()			
不正性器出血		おりもの異常(量 色 臭い)		外陰部の異常(かゆみ できもの)		
月経前症候群(症状)		()				
月経移動		緊急避妊ピルの相談(性交日時 / 時 分頃)		性感染症検査		
更年期症状(症状)		()	ブライダルチェック	不妊の相談		
セカンドオピニオン子宮がん検診		その他症状(例) 下腹痛()				

○当院を受診されたきっかけ

医師の紹介*	知人の紹介*	ホームページ	坂口院長ブログ	Google・Yahoo!検索
ルナルナ	雑誌	本	その他*	

上記回答で、*マークがあるものを選択された方は(医療機関・医師名・紹介者名など)をお書きください

--

○月経周期

整の場合	日周期	不整の場合	最短で	日周期	最長で	日周期
------	-----	-------	-----	-----	-----	-----

○月経量

多	中	少
---	---	---

○月経痛

強	中	少
---	---	---

○初潮

歳

○閉経

歳

○最終月経

(西暦) 20 年 月 日(今日は生理()日目)

○性交渉(セックス)の経験はありますか

いいえ	はい
-----	----

○今までに指摘されたことのある婦人科疾患はありますか

<input type="checkbox"/> 子宮筋腫	<input type="checkbox"/> 子宮内膜症	<input type="checkbox"/> 子宮腺筋症	<input type="checkbox"/> 子宮奇形	<input type="checkbox"/> 卵巣腫瘍
<input type="checkbox"/> その他()				

続いて裏面の記入もお願いいたします

○最近子宮がん検診をうけましたか

いいえ ・ はい (年 月頃) → 結果 : 異常 (なし ・ あり)
--

○妊娠歴

妊娠 ()回 流産 ()回 中絶 ()回

○分娩内容

分娩年月	週数	出生体重	性別		分娩方法						特記事項
			男	女	健	否	正常	吸引	鉗子	帝王切開(予定・緊急)	
年 月	週	g	男	女	健	否	正常	吸引	鉗子	帝王切開(予定・緊急)	
年 月	週	g	男	女	健	否	正常	吸引	鉗子	帝王切開(予定・緊急)	
年 月	週	g	男	女	健	否	正常	吸引	鉗子	帝王切開(予定・緊急)	
年 月	週	g	男	女	健	否	正常	吸引	鉗子	帝王切開(予定・緊急)	

○薬剤や食べ物で症状(アレルギー等)が出たことはありますか

いいえ ・ はい → 薬剤、食品名 ()

○病気(高血圧や喘息含む)にかかったことはありますか

いいえ ・ はい → ()歳の時 病名 ()
()歳の時 病名 ()

○病院で処方されている薬はありますか

いいえ ・ はい → 薬剤名 ()

○手術の経験はありますか

いいえ ・ はい → ()歳の時 手術名 ()
()歳の時 手術名 ()

○喫煙の有無

いいえ ・ はい → 1日の本数 本

○飲酒の有無

いいえ ・ はい → ml程度/ 日 ・ 週 ・ 月

○血縁者に下記の病気に現在もしくは過去にかかった事のある方はいますか

いいえ ・ はい → ()内にご関係を記入してください (例)脳梗塞(祖父)
脳梗塞 () 肺血栓症 () 糖尿病 () 心筋梗塞 () 肉腫 ()
深部静脈血栓症 () 狭心症 () 高血圧 () 癌 ()

ご記入いただきました全ての情報は、当クリニック内以外では一切使用いたしません。

ご回答ありがとうございました。記入後は受付までお持ちくださいますようお願いいたします。

