



当クリニックに来院の方へ

--	--	--	--	--

フリガナ
お名前／
生年月日：大正・昭和・平成 年 月 日
年令 才 身長 cm
ご住所／ 〒 -

電話番号 携帯 自宅

◎今日はどのような事で来られましたか (①と②は同日にはできません)
※あてはまる項目の□にチェックをしてください

① 診察・検査・治療 (保険扱い)
□いつから (日 前 週間前 ヶ月前 年前)
どんな症状 ()
□子宮がん検査 □性感染症の心配
□卵巣がん検査 □妊娠かもしれない

② 検診 (自覚症状のない方を対象)
□長崎市の検診 (市内在住の方のみ。詳しくはスタッフまで) □職場の検診

③ その他 (自費扱い)
□月経日を変えたい □ピル □緊急避妊薬の希望

◎一番最近の月経はいつでしたか?
(月 日) から (日間) (初経 才) (閉経 才)

◎月経について 周期 (規則的・不規則) (日周期)
月経の日数 (日間) 量 (多・中・少)
月経痛 (あり・なし) 鎮痛剤服用 (時々・毎回・なし)

◎産婦人科の診察は初めてですか? □はい □いいえ (最後の診察は 才のとき)

◎性交 (SEX) の経験はありますか? □あり □なし

◎結婚されていますか?
□未婚
□既婚 (結婚年齢 才) 現在 (夫 才) □離婚 □死別

◎過去の妊娠・出産歴について
□妊娠したことはない
□妊娠したことがある
(妊娠 回)
(出産 回) 出産年齢 1回目 才、2回目 才、3回目 才

◎現在治療中の病気、過去にかかった病気がありますか? □なし □あり
その病名は? □産婦人科疾患 ()
□喘息 □糖尿病 □肝炎 □腎疾患 □その他 ()

◎今まで手術や、入院をされたことがありますか?
□なし □あり/その病名は? ()

◎服用している薬 □なし □あり (薬剤名)

◎服用中のサプリメント □なし □あり (商品名)

◎薬に対するアレルギー □なし □あり (薬剤名)

◎喫煙 □なし □あり (1日 本)

◎どなたのご紹介ですか?
□友人・知人 () □インターネット □家族 □学校の先生
□その他 () □紹介なし

ありがとうございました。ご案内までしばらくお待ちください。