



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

職業

◎ 今日どのような事でも来られましたか (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) (夫現在 才) □ 離婚 (才) □ 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 □ 片頭痛 □ 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。