

年 月 日

ふりがな 氏名 (旧姓 )	生年月日(T・S・H・R) 年 月 日(満 歳)
〒 住所	
携帯番号 — —	自宅番号 ( ) —

本日はどのようなことで来院されましたか でチェックをお願いします。

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 妊娠検査薬で陽性反応( 月 日) 自宅・他院                     | <input type="checkbox"/> 西宮市子宮頸癌検診を希望(クーポン・偶数歳)               |
| <input type="checkbox"/> 月経がない→妊娠検査薬で陰性が出た( 月 日)<br>→妊娠検査を 希望する・しない | <input type="checkbox"/> 子宮癌検診(頸部細胞診+超音波)をしてほしい               |
| <input type="checkbox"/> 子宮頸癌予防ワクチン接種をしてほしい                         |   |
| <input type="checkbox"/> 中絶手術希望                                     | <input type="checkbox"/> 月経が終わらない                             |
| <input type="checkbox"/> 性病チェック希望                                   | <input type="checkbox"/> 月経以外の出血がある                           |
| <input type="checkbox"/> おりものが多い                                    | <input type="checkbox"/> 月経時の出血量が少ない(減ってきた)                   |
| <input type="checkbox"/> おりものに色がついている(茶・黄・緑)                        | <input type="checkbox"/> 月経時の出血量が多い(増えてきた)                    |
| <input type="checkbox"/> おりものに臭いがする                                 | <input type="checkbox"/> 月経周期が安定しない                           |
| 【その症状はいつからですか】 月 日  | 【その症状はいつからですか】 月 日  |
| <input type="checkbox"/> 陰部がかゆい                                     | <input type="checkbox"/> 生理痛がひどい                              |
| <input type="checkbox"/> 陰部が痛い                                      | <input type="checkbox"/> 生理前の不調(イライラ・ゆううつ)                    |
| <input type="checkbox"/> 陰部にできものがある                                 | <input type="checkbox"/> おなかが痛い                               |
| 【その症状はいつからですか】 月 日  | 【その症状はいつからですか】 月 日  |
| <input type="checkbox"/> 子宮筋腫を診てほしい                                 | <input type="checkbox"/> 月経を遅らせたい(早めたい)<br>→(避けたい期間 月 日～ 月 日) |
| <input type="checkbox"/> 子宮内膜症を診てほしい                                | <input type="checkbox"/> ピル希望(毎日飲む低用量のもの)                     |
| <input type="checkbox"/> 異常に汗をかく                                    | <input type="checkbox"/> 緊急避妊薬(レボノルゲストレル錠) ¥8,800(税込)         |
| <input type="checkbox"/> 顔がほてる                                      | <input type="checkbox"/> 避妊リングを入れたい                           |
| 【その症状はいつからですか】 年 月頃   | <input type="checkbox"/> 尿をすると痛い                              |
|   | <input type="checkbox"/> 尿が近い                                 |
|   | 【その症状はいつからですか】 月 日  |

**\*現在授乳中ですか? はい・いいえ**

月経について

初潮 歳 / 閉経 歳

**\*直近で生理が始まった日** 年 月 日～ 日間

月経周期(月経が始まった日から次の月経が始まった日までの日数): 日～ 日

月経期間(月経が始まった日から終わるまでの日数): 日～ 日

生理痛: ・ない・次第に強くなっている・以前から強くかわらない

出血量: ・次第に多くなっている・次第に少なくなっている・以前とかわらない

裏面もご記入ください

結婚について

未婚 婚約中 結婚（ 年 月結婚） 離婚  
性交渉の経験 あり なし

妊娠、出産について

分娩年月日	性別	週数	出生体重	出産状態
西暦 年 月 日	男・女	週	g	自然・誘発・帝王切開・流産・中絶
西暦 年 月 日	男・女	週	g	自然・誘発・帝王切開・流産・中絶
西暦 年 月 日	男・女	週	g	自然・誘発・帝王切開・流産・中絶
西暦 年 月 日	男・女	週	g	自然・誘発・帝王切開・流産・中絶

喫煙歴 なし あり（ 本/日 ） 現在は吸っていない

治療中であればその内容等を教えてください。

血のつながりのあるご家族の中で、重いご病気になられた方がおられましたら、ご記入ください。  
（例：母が〇〇、父が〇〇と病名をご記入ください。）

お薬や食べ物でアレルギー反応が出た方は内容をご記入ください。

今までに入院が必要な病気をしたことがおありでしたら、その時期、病名、治療内容、現在の状況

【その他医師に伝えておきたいこと、聞きたいことがあればご記入下さい。】