

氏名 \_\_\_\_\_ ( 歳 ) 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg 職業 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_ 電話 \_\_\_\_\_

1) 本日、受診された理由 (○をつけてください)

1. 妊娠? (分娩する (当院 他院 未定) 中絶したい) 2. 不正出血  
 3. 不妊の相談 (早く妊娠したい) 4. 月経不順 5. 月経調節 (ずらしたい)  
 6. おりもの 7. かゆみ 8. 更年期障害 9. 月経痛が強い 10. 月経量が多い  
 11. 下腹部痛・腰痛・発熱 12. 膀胱炎?尿の調子が悪い 13. 子宮頸がん検診  
 14. 性病の検査 15. 避妊の相談 (低用量ピル 避妊リング) 16. 緊急避妊ピル  
 17. その他 ( )

※この訴えで他の病院で診てもらいましたか (いいえ はい (施設名) )

※上記のことで希望事項や困っていること、特によく診てほしいことがありましたらお書きください

2) 薬や食物の副作用・過敏症・特異体質・アレルギーが  なし  あり ( )3) たばこ  吸わない  吸う ( \_\_\_\_\_ 本/日 \_\_\_\_\_ 年前から)飲酒  しない  ときどきする  ほぼ毎日する

4) 今までに指摘された病気があればチェックしてください。(産婦人科以外も含めて)

 子宮筋腫  子宮内膜症  子宮腺筋症  卵巣腫瘍 その他 ( )現在、服用している薬  なし  あり ( )5) 過去に手術を受けたこと  なし  あり ( )

6) 両親など血縁のある人に以下の病気があればチェックしてください。

 高血圧  糖尿病  喘息  その他 ( )7)  結婚している ( \_\_\_\_\_ 歳時に結婚)  独身 (離婚経験  なし  あり)夫  健康  死亡  病気  離婚8) 性行為の経験  あり  なし9) 過去の妊娠・分娩について  今まで妊娠はしたことがない 今回が初めての妊娠  人工妊娠中絶 ( \_\_\_\_\_ ) 回  自然流産 ( \_\_\_\_\_ ) 回 子宮外妊娠 ( \_\_\_\_\_ ) 回  胎状奇胎 ( \_\_\_\_\_ ) 回 経膈 (普通) 分娩 ( \_\_\_\_\_ ) 回  帝王切開 ( \_\_\_\_\_ ) 回

過去の妊娠・分娩経過中の異常があれば書いてください。

10) 月経について 初めての月経は ( \_\_\_\_\_ ) 歳、閉経した方は ( \_\_\_\_\_ ) 歳で

☆最終月経 (一番最近の生理) は \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ \_\_\_\_\_ 日間

月経量はいつもと (  同じ  多い  少ない ) 期間は (  同じ  長い  短い )☆月経周期  順調 ( \_\_\_\_\_ ) 日型  不順 (短くて \_\_\_\_\_ 日、長くて \_\_\_\_\_ 日)☆月経痛は  激しい  軽い  ない ☆血のかたまりが  できる  できない