

氏名： 年齢： 歳 職業： 身長： cm 体重： kg

1) 本日はどのような理由でご来院ですか。○をつけて下さい(複数可)

- 妊娠したい(不妊について) ●生理不順がある ●更年期症状(ほてり、イライラ)
●不妊ドック(精液検査付き) ●不正出血があった ●セカンドオピニオン
●妊娠してるかどうか ●避妊について(ピル・緊急避妊希望) ●その他
●子宮がん検診希望 ●性感染症の検査希望 (下記に記入をお願いします。)
●子宮筋腫・卵巣のう腫 ●帯下異常/陰部のかゆみ
●月経痛・下腹部痛 ●月経時期をずらしたい

詳細をご記入下さい(妊娠希望の方は裏面にご記入下さい)

2) 最近の生理の様子について

一番最近の生理はいつですか(年 月 日 ~ 月 日) 初経 歳 閉経 歳
ここ半年間の出血の量 (少ない ・ 普通 ・ 多い ・ 血の塊が出る ・ わからない)
ここ半年間の生理周期 (おおむね規則的 ・ 不順)
規則的と答えた方はだいたい何日おきですか (24~26日 ・ 28~30日 ・ 32~36日 その他 日)
生理痛はありますか (無い ・ 普通 ・ ひどい)
生理痛に対してお薬は使用しますか (使用しない ・ 毎回 ・ 時々)
→ 使用しているお薬 ()
基礎体温は付けていますか。 (はい(アプリ・表) ・ いいえ)

3) 生活について

今までに婦人科診察を受けたことはありますか(健診含む) (有 ・ 無)
今までに性交経験はありますか (有 ・ 無)
喫煙はしますか (有 ・ 無 ・ 禁煙中)
飲酒はしますか (する(毎日 ・ 機会飲酒) ・ しない)
現在内服しているお薬はありますか (はい ・ いいえ)
→ 何を飲んでありますか ()
今までお薬を使用して重篤な副作用やアレルギーが出たことはありますか (はい ・ いいえ)
→ はいと答えられた方へ 詳細をご記入ください。

※アレルギーの有無

- ・喘息 : 有 ・ 無 ・ 食物 : 有 ・ 無 ・ その他 ()
() () □アルコール(消毒用)
・お薬 : 有 ・ 無 □ヨード剤
() □ラテックス(ゴム)

4) 今までの健康状態について

病気 : 有 ・ 無 歳 (病名 : 治療 :)
手術歴 : 有 ・ 無 歳 (病名 or 手術名)
輸血歴 : 有 ・ 無 歳 (病名)
性感染症 : 有 ・ 無 歳 (病名 :)
感染症にかかったことのある方は治療はしましたか? (はい ・ いいえ)
健診 ・ 人間ドック (年 月 ・ 結果)
子宮頸がん検診 (年 月 ・ 結果)
風疹抗体検査は受けたことがありますか? (はい → (年 月頃 結果) ・ いいえ)
風疹ワクチンの接種は受けましたか (受けた ・ 受けていない)
→ (ワクチンの接種はいつごろですか → 子供のころ ・ 最近)

5) 過去に妊娠したことがありますか : 無・有(以下に記入して下さい)

- ① 年 月 正常分娩 ・ 帝王切開 ・ 吸引分娩 ・ その他 ()
自然流産 (週) ・ 中絶 (週) ・ 胎状奇胎 ・ 子宮外妊娠
② 年 月 正常分娩 ・ 帝王切開 ・ 吸引分娩 ・ その他 ()
自然流産 (週) ・ 中絶 (週) ・ 胎状奇胎 ・ 子宮外妊娠
③ 年 月 正常分娩 ・ 帝王切開 ・ 吸引分娩 ・ その他 ()
自然流産 (週) ・ 中絶 (週) ・ 胎状奇胎 ・ 子宮外妊娠

妊娠希望の方は裏面もご記入ください。