

フリガナ

お名前 _____ 生年月日 大・昭・平・令 年 月 日 () 才

〒 _____ 電話: ()
住所 _____ 携帯: ()

住民票はどちらですか? ・住所に同じ
・住所と異なる: (県 市)

マイナ保険証による診療情報取得に
同意されましたか? はい いいえ

職業 _____ 身長 _____ cm 体重 _____ kg

1. 本日の受診目的はなんですか? あてはまるものを○でかこんでください
- ・子宮がん検診
 - ・不正出血
 - ・生理が止まらない
 - ・生理痛
 - ・妊娠を希望・相談
 - ・その他 ()
 - ・おりのもの
 - ・かゆみ
 - ・性感症の検査
 - ・下腹痛
 - ・生理がない
 - ・生理不順
 - ・更年期症状
 - ・プラセンタ注射
 - ・生理を遅らせたい
 - ・避妊希望 (経口避妊薬・リング・アフターピル)
 - ・妊婦検診
 - ・禁煙治療
 - ・定期検診
- ・他の医療機関からの紹介状
お持ちですか? はい いいえ
- ・妊娠の有無を知りたい・分娩する・分娩しない
→ 妊娠検査薬を使用されましたか? はい (陽性・陰性) 月 日検査) ・ いいえ

2. 最近の生理はいつからいつまでですか? 生理は順調ですか?
年 月 日 から 月 日 まで 順調 (日周期) ・ 不順
生理痛は? ひどい すこしある ほとんどない まったくない
生理の量は? 多い ふつう 少ない
初めて生理のあった年齢は 才 閉経した年齢は 才

3. あてはまるものを○でかこんでください
- 未婚 結婚している (再結婚・再婚) 離婚した 死別した
- 性交の経験はありますか? あり なし
- 妊娠・分娩の経験はありますか? 妊娠 回 分娩 回 (自然分娩 回 帝王切開 回)
最終分娩は? 昭和・平成・令和 年 月
分娩時に異常はありましたか? あり () なし
- 人工妊娠中絶の経験はありますか? あり 回 なし
- たばこを吸いますか? はい (本/日) いいえ
→ はいとお答えの方へ 禁煙治療を希望しますか? はい いいえ
- 飲酒しますか? はい いいえ

4. 現在治療中の病気や、持病がありますか?
あり (病名 医療機関名 治療内容) なし

5. 今まで次の病気にかかったことがありますか?
婦人科疾患 糖尿病 高血圧 喘息 心疾患 肝疾患 腎疾患 甲状腺疾患 血液疾患 その他 ()
病名 () 手術歴 () なし

6. アレルギーがありますか?
食べ物での異常 あり () なし
薬・注射での異常 あり () なし
その他 あり ()

7. 子宮がん検診を受けたことがありますか? はい (最終検診 年 月) いいえ
7で「はい」とお答えの方、HPV検査はされましたか はい いいえ