

フリガナ
氏名..... 生年月日 T・S・H 年 月 日 (歳)

住所 〒..... 職業.....

連絡可能な電話番号 (.....) (※医院名をお伝え可能な番号をお願いします)

以下の下線部には数値を、当てはまる項目は□にチェックをお願いいたします

【1】 本日はどのようなことで来院されましたか

1. 月経の異常

- 出血が止まらない 出血量が多い 出血量が少ない 月経不順 月経が止まった
 月経が1か月に2回以上ある
 生理痛が辛い (症状.....)

2. 生理以外の出血があった

- 出血が長く続いている (.....日間) 突然出血があった (いつ頃.....)

3. おりものが気になる

- 量が多い 量が少ない 色が気になる (.....) 臭いが気になる

4. 外陰部や膣のかゆみ、痛みがある、できものがある

- かゆい (いつ頃から.....) 痛い・できもの (いつ頃から.....)

5. 腹痛・腰痛がある

- 腹痛 (いつ頃から.....場所.....) 腰痛

6. 泌尿器障害がある

- 尿が近い 排尿痛 残尿感 いつ頃から (.....)

7. ガンが心配である

- 子宮がん検診を希望している
子宮がん検診を受けたことがありますか?
 あり (最後に受けたのは.....年.....月 異常なし・異常あり) なし

8. 子どもができない これまでに不妊治療を受けたことは

- なし (今回が初めて) あり (医療機関名.....)

9. 更年期症状について相談したい

- 症状 (.....)

10. 月経をずらしたい

- なりたくない期間 (.....月.....日から.....月.....日まで)
次回の生理予定日 (.....月.....日)

11. 緊急避妊ピルを処方してほしい

- 性交日時 (.....月.....日.....時.....分)

12. セカンドオピニオン

- 現在通院中の医療機関名 (.....)
 内容 (.....)

13. その他

.....
.....
.....

裏面の記入もお願いします

【2】 ふだんの月経について

1. 初潮は____才 閉経は____才→【3】へ
2. もっとも最近の月経はいつでしたか（____月____日____日間）
3. 月経周期は順調ですか
 順調____日周期
 不順 どのように（_____）
4. 出血量はどのくらいですか
 少量 中量 多量
5. 生理痛はありますか
 なし ある（軽・中・重）
 どんな症状ですか（下腹部痛・頭痛・腰痛・その他_____）

【3】 結婚・妊娠・出産歴について

1. 現在、結婚していますか？
 結婚している（____歳で結婚） 配偶者の現在の年齢（____歳）
 結婚していない（ 入籍予定がある ____年____月予定）・離婚経験 あり・ なし
2. 性交（セックス）の経験はありますか
 あり なし
3. 妊娠歴
 なし
 あり（____回）そのうち自然流産（____回）中絶（____回）

出産・流産・中絶歴があれば記入して下さい

| | | | | |
|-------|---|-----|----------|-----------------|
| 年 月 日 | 週 | ｸﾞﾗ | 男・女（健・否） | 当院出産・他院出産・流産・中絶 |
| 年 月 日 | 週 | ｸﾞﾗ | 男・女（健・否） | 当院出産・他院出産・流産・中絶 |
| 年 月 日 | 週 | ｸﾞﾗ | 男・女（健・否） | 当院出産・他院出産・流産・中絶 |

【4】 既往歴について

1. 現在、受診中の医療機関はありますか？
 なし
 あり（ 産科 婦人科 内科 整形外科 外科 皮膚科 眼科
 耳鼻咽喉科 精神科 その他_____）
2. これまでにかかった病気や治療中の病気はありますか
 特になし 高血圧 糖尿病 高脂血症 肝臓疾患 心臓疾患
 脳血管障害 甲状腺疾患 肺疾患 血液疾患 精神疾患
 アレルギー疾患 婦人科疾患 その他（_____）
 診断病名（_____）
3. 現在、服用している薬はありますか？
 なし・ あり（薬品名_____）

4. これまでに受けた手術があれば記入してください

| | 年 齢 | 病 名 | どんな手術？ | 手術様式 | 病院名 | 輸 血 |
|---|-----|-----|--------|-----------|-----|-----|
| 1 | 才 | | | 開腹・膣式・腹腔鏡 | | 有・無 |
| 2 | 才 | | | 開腹・膣式・腹腔鏡 | | 有・無 |
| 3 | 才 | | | 開腹・膣式・腹腔鏡 | | 有・無 |

5. 喫煙・飲酒についてお聞きします

- たばこ : 吸わない・ 以前吸っていた・ 現在吸っている（____本/日）
 飲 酒 : しない・ とときどきする・ ほぼ毎日する（_____を____/日）

- ◇ 当院では患者様をお名前でお呼びしています。ご了承いただけますか？ はい・いいえ（_____）
 ◇ 診療内容によって順番が前後することがあります。あらかじめご了承ください
 ◇ 何かございましたら受付までお申し出ください。
 ◇ 当院ではオンラインにて保険証や薬剤情報など必要な情報を取得・活用して診察を行っております。

ご記入後は受付までお持ちくださいますようお願いいたします。 新家産婦人科医院