年　　月　　日

※ID

フリガナ
お名前

生年月日（T・ S・H　　年　　月　　日　　歳）

〒□□□ ― □□□□　　（　未婚 ・ 既婚　）

フリガナ			
住所	県	市区 郡	区 町

電話番号（　　ー　　ー　　）携帯電話番号（　　ー　　ー　　）

ご記入されたらお手数ですが、受付に提出してください。

1．今日はどういったことで受診されますか？

2．希望される検査がありましたら、お選びください。

① 子宮がん検診　② 乳がん検診　③ 性感染症の検査
④ 妊娠反応検査　⑤ 骨量測定
⑥ その他（　　）

3．月経についてお聞かせ下さい。　→　閉経されている方（　　才）　初経（　　才）

1）月経は順調ですか？〔 順調（　　）日周期 ・ 不順 〕
2）最後の月経はいつですか？（　　）月（　　）日～（　　）日
　月経の量はいつもと比べてどうでしたか？〔 同じ ・ 多い ・ 少ない 〕
3）月経痛はありますか？〔 なし ・ あり 〕（症状：　　）
　（内服薬：　　）
4）性交の経験はありますか？〔 なし ・ あり 〕
5）性交痛はありますか？〔 なし ・ あり ⇒（下腹部 ・ 膣部）（いつも ・たまに）〕
6）月経以外の出血はありますか？〔 なし ・ あり ⇒いつ頃？（ 月 日頃から（ ）日間）〕

4．今までに病気で治療をしたことや、手術を受けたことがありますか？ **難聴〔なし・あり 左・右・両方〕**

〔 なし ・ あり 〕 → 「あり」の方は下記にご記入ください。
〔 （　　）年（　　）月 （　　）才 病名（　　） 〕
〔 （　　）年（　　）月 （　　）才 病名（　　） 〕
〔 （　　）年（　　）月 （　　）才 病名（　　） 〕

5．現在服用している薬、サプリメント（栄養剤など）がありますか？

〔 なし ・ あり （　　） 〕

6．今までに薬や食べ物でアレルギー症状（じんましん、気分が悪くなるなど）が出たことがありますか？

〔 なし ・ あり 〕 → 「あり」の方
薬等の種類・名前（　　）

7．過去の妊娠、分娩についてお聞かせ下さい。　妊娠経験〔 なし ・ あり 〕

1）今までの妊娠について
　流産（　　）回　　中絶（　　）回
2）今までの分娩について （　　）回

出産時年齢	分娩週数	異常の有無	出生体重・性別	現在の様子
年（　　才）	週	無 ・ 有	g（ 男・ 女 ）	健 ・ 否
年（　　才）	週	無 ・ 有	g（ 男・ 女 ）	健 ・ 否
年（　　才）	週	無 ・ 有	g（ 男・ 女 ）	健 ・ 否

➡ 裏面へつづく ➡