

【婦人科で受診の方】

(ふりがな)

年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_ ( ) 歳

生年月日 明・大・昭・平 年 月 日

現住所 〒 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_ 携帯番号 \_\_\_\_\_

職業 \_\_\_\_\_ 仕事内容 \_\_\_\_\_

※ 下記の項目の該当する□にチェックをつけ、必要な項目に詳細をご記入ください。

1. 受診内容について

- おりもの 不正出血 過多月経 過少月経 月経周期の異常  
かゆみ 腹痛 乳腺炎 更年期障害 妊娠したい  
できもの 子宮や膀胱が下がる 膀胱炎 子宮がん検診希望  
生理痛 生理前の体調不良 (症状 \_\_\_\_\_ )  
生理をずらしたい (避けたい日 / / ~ / / )  
緊急避妊希望  
ピル希望 (  今回が初めて  \_\_\_\_\_ を服用中)  
その他 ( \_\_\_\_\_ )

2. 月経について

最終月経 年 月 日 ~ 日間 (周期  順調 日型  不順 ~ 日)  
生理の量 ( 多い  普通  少ない) 生理痛 ( 強い  普通  弱い)  
初潮 ( ) 歳 閉経 ( ) 歳

3. 性交 (セックス) の経験はありますか?  有  無

4. 結婚について

未婚 ⇒ 入籍予定  有  無  未定  
 既婚 (離死別含む) ⇒ 結婚年齢 \_\_\_\_\_ 歳、離婚経験  無  有 ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃)

5. 過去の妊娠や分娩について

妊娠経験  無  
 有 ⇒  自然流産 ( \_\_\_\_\_ 回)  人工中絶 ( \_\_\_\_\_ 回)  子宮外妊娠 ( \_\_\_\_\_ 回)  
 出産 ( \_\_\_\_\_ 回、うち帝王切開 \_\_\_\_\_ 回・早産 \_\_\_\_\_ 回 妊娠 \_\_\_\_\_ 週)

裏面もご記入ください

