

ふりがな	生年月日(西暦) 年 月 日 歳		
氏名	職 業		
住所 〒			
電話番号	携帯番号	当院からの (予約変更等) 電話連絡 可・不可	

[1] 今日はどうされましたか？

(例：月経がきません)

該当のものに、○をして下さい

① 妊娠確認 (市販妊娠検査：陽性・陰性・未検) → 陽性の場合 (分娩希望・中絶の相談・検討中)
② 不正出血 (月 日～ 日間) ③ 月経不順 ④ 月経痛 ⑤ 下腹部痛 ⑥ 妊婦健診
⑦ おりもの異常 (かゆみ・臭い・量・色) ⑧ STD (性病) 検査 ⑨ 更年期精査 ⑩ 妊娠希望・不妊精査
⑪ ピル希望 (初回・継続・再開) →目的 (避妊・月経痛改善・月経不順・その他)
⑫ アフターピル ⑬ 月経移動 (生理を外したい月日： 月 日～ 月 日まで)
⑭ 乳癌検診 (乳腺エコー) ⑮ 子宮癌検診 ⑯ 大田区子宮癌検診 ※受診券を受付に提出して下さい

[2] 月経について

① 一番最近の月経 20 年 月 日から 日間 ② 初経年齢 歳頃 ③ 閉経年齢 歳頃
 ④ 月経周期 (順 日周期・不順) ⑤ 月経痛 (なし・軽度・痛・激痛) ⑥ 月経血量 (少・普通・多)
 [早いとき 日周期・遅いとき 日周期]

[3] 妊娠歴 (無 ・ 有) ※今回の妊娠は含めずにご記入下さい。

① 妊娠 回 → 経膈分娩 回・帝王切開 回・流産 回・中絶 回
 ② 一番最近の出産 西暦 年 月 日
 [正常分娩 ・ 異常分娩 (理由) ・ 帝王切開 (理由)]

[4] 今までに診断を受けた病気 (手術)、治療中の病気はありますか？(喘息、高血圧など) [無 ・ 有]

[病名： 西暦 年 月 治療内容： 病院名：]
 [病名： 西暦 年 月 治療内容： 病院名：]
 [病名： 西暦 年 月 治療内容： 病院名：]

[5] 現在服用中のお薬はありますか？(ピルも含む) [無 ・ 有：薬剤名]

[6] 血液型 (A・B・O・AB：Rhプラス・マイナス・不明) / 感染症(無・B型肝炎・C型肝炎・HIV・梅毒・不明)

[7] 性交渉の経験 (無 ・ 有)

[8] 結婚 (未婚・婚約中・既婚) →西暦 年 月 / 結婚(予定)夫の現在年齢 歳・職業

[9] アレルギー (薬、食べ物、花粉症など) [無 ・ 有 ()]

[10] 最後に子宮頸癌検診を受診したのはいつですか？ (西暦 年 月頃 ・ 検診歴なし ・ 不明)

本日、子宮頸癌検診を希望されますか？ (希望する ・ 希望しない ・ 相談して決めたい)

※年 1 回の子宮頸癌検診が推奨されています。(保険の場合 自己負担約 1,100 円)

※大田区の受診券をご利用の方は、受診券の自己負担額をご確認ください

[11] 当院を知った理由 ①インターネット ②知人からの紹介 ③大田区からの案内

④他院からの紹介 (紹介状又は検査結果：無・有) ⑤インスタグラム ⑥その他 ()

この個人情報に関しましては、医療目的以外では使用いたしません。なお、届け出の必要な場合以外で個人情報を提供することはありません。 アトレ大森はなおかレディースクリニック 院長