

月 日

ふりがな

お名前

様

生年月日 T.S.H 年 月 日 (才)

身長 cm

体重 kg

職業

1、今回来院された理由は何ですか？

下記□に✓印を御記入下さい。

【保険】

- 不正出血
- 月経（不順、量が多い、月経痛、無月経）
- 帯下異常（量・におい・色）
- 外陰部（痛み・かゆみ）
- 腹痛
- 更年期の相談
- 妊娠かどうか（産む、産まない、未定）
- 子供がほしい
- 排尿の異常
- 乳房の異常

【自費】

- 豊中市検診
(子宮がん、特定健診、市民検診)
- 超音波検査（下腹部・乳腺）
- 避妊相談（ピル、リング、アフターピル）
- 月経の調整
- サプリメント相談
- その他

2、月経について

- 初経 () 才 閉経 () 才
- 最近の月経 月 日 ~ () 日間
- 周期 順調 (日 ~ 日 周期) ・ 不順
(月経がはじまった日から次の月経の前の日まで)
- 生理痛 有・無
- 量 多・中・少

- 未婚 既婚 離婚 死別
- 性経験 有・無
- 妊娠 () 回 出産 () 回 流産 () 回
中絶 () 回 死産 () 回
- 分娩歴

年 月	正常、異常 ()
年 月	正常、異常 ()
年 月	正常、異常 ()
年 月	正常、異常 ()

3、家族歴：血縁者の中で

子宮癌・卵巣癌・乳癌・大腸癌・胃癌
糖尿病・高血圧 (○をつける) どなたですか？の方はいますか？ いる
いない

3、大きな病気や手術を受けたことがありますか？

 ない ある

病名 いつ頃

4、現在、他院で、病気のため治療を受けておられますか？

 ない ある

病名、薬品名

5、アレルギー(食品・薬品)について

 ない ある

6、喫煙

 ない ある () 本/日

7、市販の薬(便秘薬、痛み止め、ビタミン剤等)

- ◇ 当レディースクリニックを何でお知りになりましたか
インターネット・看板・タウンページ・知人 ()
他院からの紹介・その他 ()