

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

緊急連絡先

- 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 ()

- 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

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（月 日 ~ 月 日まで避けたい）
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日まで）
生理痛 有・無
量 多・中・少

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 ()