

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

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 ()

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）
- おりものが多い、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（検査、治療）
- 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（子宮、卵巣、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～ 月 日
- 期間 (日間)
- 周期 日型 不順
- 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

4、アレルギー（食品・薬品）について

ない ある

5、喫煙

ない ある ()本/日

6、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

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