

診察・受付カード

平成 年 月 日

ふりがな

氏名

大正・昭和・平成 年 月 日 生まれ (才)

住所 〒

連絡先 ()

携帯 ()

職業

■ 当院を知ったきっかけは？ 紹介 () インターネット その他 ()

■ 本日の相談ごとはなんですか？ ○で囲んでください

おりものが気になる かゆみ 性病検査 生理の異常 (多い・少ない・かたまりがでる)
 生理不順 生理痛がひどい お腹が痛い 不妊の相談 不正出血 子宮がんの検査
 更年期の相談 妊娠の確認 (出産を希望する・しない) 避妊の相談 低用量ピル
 薬処方希望 (飲み薬・塗り薬・膣の座薬)
 生理をずらしたい 日時：(月 日 ~ 月 日) まで
 緊急避妊 (アフターピル) — 性交渉の日時：(月 日 時 頃)
 その他 ご記入ください ()

■ おたずねします

- はじめて生理がはじまったのは () 才
- 生理が終わったのは () 才
- 普段の生理は順調ですか？ (はい・いいえ)
- 生理の周期は何日型ですか？ () ~ () 日
- 一回の生理は何日位続きますか？ () 日間
- 最近の生理はいつからですか？ (年 月 日から 日まで)
- 性交渉の経験はありますか？ (ある・ない)

■ ご結婚されていますか？ (はい・いいえ)

■ 現在、パートナーがいますか？ (はい・いいえ)

■ 現在、子供を望んでいますか？ (はい・いいえ)

■ 避妊はしていますか？ (いいえ・はい：低用量ピル・コンドーム・IUD・その他 _____)

■ 今までに妊娠されたことはありますか？ () 回

お産の回数 () 回 中絶手術 () 回 流産手術 () 回

■ 今までに婦人科で診察を受けたことがありますか？ (いいえ・はい)

■ 今までにおおきな病気にかかったことはありますか？ (いいえ・はい：病名 _____ : ____ 才頃)

■ 今、飲んでいるお薬はありますか？ (いいえ・はい：薬の種類 _____)

■ お薬などでアレルギー反応を起こしたことがありますか？ (いいえ・はい：内容 _____)

■ 身長と体重を教えてください () cm () kg