

ふりがな
名前

年齢() 生年月日 T. S. H 年 月 日

〒() 住所

自宅電話番号

携帯電話

勤務先

勤務先電話番号

血圧 / /

体温 °C

検尿

P. H	()	ビリルビン	()
蛋白	()	潜血	()
ブドウ糖	()	亜硝酸塩	()
ケトン体	()	加ビリルゲン	()

1) 受診の理由をご記入ください

- ① はじめて月経をみた年齢 () 歳 ~ 閉経 () 歳
- ② 最後の月の月経はいつでしたか
年 月 日から 日間 (その前は 月 日 ~ 日間)
- ③ 月経は 順調 () 日型 ・ 不順 ※周期は月経開始日より次の月経開始の前日までの日数
- ④ 月経は何日間続きますか () 日間
- ⑤ 月経の量は 多い (血の塊がある・ない) ・ 普通 ・ 少ない
- ⑥ 月経のとき痛みますか はい ・ いいえ
- ⑦ 鎮痛剤は使用していますか はい (薬剤名) ・ いいえ

3) あなたは性交経験がありますか はい ・ いいえ

妊娠したことがある方は下記よりお選びください

歳	流産(自然・人工)	出産 (経産・帝王切開) (男児・女児)	
歳	流産(自然・人工)	出産 (経産・帝王切開) (男児・女児)	
歳	流産(自然・人工)	出産 (経産・帝王切開) (男児・女児)	
歳	流産(自然・人工)	出産 (経産・帝王切開) (男児・女児)	
歳	流産(自然・人工)	出産 (経産・帝王切開) (男児・女児)	

4) 今までかかった主な病気、受けた手術について (婦人科以外も含む)

- ① 病気にかかったこと、手術を受けたことはありますか はい ・ いいえ
() () 歳の時 () () 歳の時
() () 歳の時 () () 歳の時
- ② アレルギー、または薬や注射で副作用を起こしたことはありますか はい ・ いいえ
- ③ 喘息にかかったことはありますか はい ・ いいえ
- ④ 輸血を受けたことはありますか はい ・ いいえ

5) 家族の中に特別な病気の人はいますか いる (遺伝病 高血圧 糖尿病 癌 その他) ・ いいえ

6) あなたの身長 () cm 体重 () kg 血液型 () 型 Rh ()

7) 喫煙の習慣はありますか はい ・ いいえ (1日 本)

8) 子宮がん検診を受けたことはありますか はい (受けた時期) ・ ない

乳がん検診を受けたことはありますか はい (受けた時期) ・ ない

9) 性暴力被害にあったことはありますか はい ・ いいえ