

氏名: _____ (才)

※病院記入欄 年月日: _____

本日はどのような事で来院されましたか？

※あてはまる番号に○をつけ、質問にお答えください

- 1 不妊治療を希望
 - ★基礎体温表をつけていますか？(いる ・ いない ・ アプリ)
 - ★妊娠を希望されてどれくらいの期間が経過していますか (_____年 _____ヵ月)
 - ★他院での治療歴はありますか？(ある ・ ない)
 - ・タイミング療法(_____周期)・排卵誘発(_____周期)
 - ・人工授精(_____回)・体外受精(_____回)
- 2 ブライダルチェック希望
- 3 生理が遅れている
 - ★妊娠の可能性ありますか？(ある ・ ない)
 - ★妊娠検査をされた方(_____月 _____日に + ・ -)
 - ★妊娠継続を希望(はい ・ いいえ ・ 考え中)
- 4 生理が不順である ・ 生理が頻回にある
- 5 不正出血がある
 - ★いつから _____月 _____日～ _____月 _____日まで・今も続いている
- 6 生理痛がひどい ・ 生理の量が多い
- 7 お腹が痛い(どのあたり)
- 8 腰が痛い (どのあたり)
- 9 おりものがおかしい
 - ★(量が多い ・ 臭いがある ・ 色がおかしい)
- 10 外陰部が(かゆい ・ 痛い ・ かぶれている)
- 11 性病検査希望
- 12 更年期障害がづらい
 - (不眠 ・ 肩こり ・ のぼせ ・ イライラ ・ 冷えのぼせ)
- 13 子宮癌検診(助成券 ・ 無料クーポン ・ その他)
- 14 乳癌検診
 - (検診 ・ _____胸に痛みがある ・ _____胸にしこりがある)
- 15 筋腫・内膜症・卵巣腫瘍・他(_____)の定期検診
- 16 生理の日を調整したい
 - ★避けたい期間: _____月 _____日～ _____月 _____日まで
- 17 低用量ピルの処方を希望(初めて ・ 以前にある)
 - ★(避妊 ・ PMS ・ 月経痛)にピル希望
 - ★以前にある方はピルの名前(_____)
- 18 アFTERピルの処方希望
 - ★性交時間: _____日 午前 ・ 午後 _____時ごろ
- 19 膀胱炎(残尿感 ・ 排尿痛 ・ 頻尿 ・ 血尿)
- 20 その他 _____

- ④生理について
 - ・初めての生理(初潮)は(_____歳)(小 ・ 中 _____年生)
 - ・何歳まで生理がありましたか・閉経は(_____歳)
 - ・生理の周期は (_____日周期) ・ 生理不順
 - ※周期とは生理開始日より次の生理開始日の前日まで
 - ・生理は何日位続きますか？(_____日間)
 - ・生理の量は(多い ・ 普通 ・ 少ない)
 - ・生理痛は(強い ・ 普通 ・ 軽い)
 - ・現在、授乳中ですか？(はい ・ いいえ)
 - ・一番最近にあった生理はいつですか？ (_____年 _____月 _____日から _____日間)
 - ・その前の生理はいつですか？ (_____年 _____月 _____日から _____日間)
- ⑤性交(セックス)の経験はありますか？(ある ・ ない)
- ⑥結婚について
 - 1 結婚している(_____歳)のとき
 - 2 未婚である
 - 3 離婚(_____歳)のとき・死別(_____歳)のとき
- ⑦妊娠したことがありますか？(ある ・ ない)
 - ・分娩 _____回・帝王切開 _____回・流産 _____回・中絶 _____回
 - (分娩・帝王切開・流産・中絶 S ・ H ・ R 年 月)
 - (分娩・帝王切開・流産・中絶 S ・ H ・ R 年 月)
 - (分娩・帝王切開・流産・中絶 S ・ H ・ R 年 月)
 - (分娩・帝王切開・流産・中絶 S ・ H ・ R 年 月)
- ⑧現在治療中の病気はありますか？(ある ・ ない)
 - ・あると答えた方 _____年 _____月頃又は _____歳の時から
 - ・病名・症状など _____
- ⑨今までに高血圧・糖尿病・腎疾患・甲状腺疾患・てんかん・癌・精神疾患・緑内障・原因不明の意識障害・その他にかかったことがありますか？(ある ・ ない)
 - ・いつ頃(S ・ H ・ R 年 月頃・又は _____歳頃)
 - ・病名(_____)
- ⑩B型肝炎・C型肝炎・外陰部ヘルペスの保有を指摘されたことがありますか？(ある ・ ない)
 - ・病名(B型肝炎 ・ C型肝炎 ・ 外陰部ヘルペス)
- ⑪今までに手術を受けたことがありますか？(ある ・ ない)
 - ・いつ頃(S ・ H ・ R 年 月頃・又は _____歳頃)
 - ・手術名(_____)
- ⑫薬や注射で副作用はありますか？体質的にアレルギーをお持ちですか？(ある ・ ない)
 - ・何で(_____) 症状(_____)
 - ・何で(_____) 症状(_____)
 - ・何で(_____) 症状(_____)

- ⑬血縁者の方で心臓病・癌・高血圧・糖尿病・遺伝的疾患の病気の方はいますか？(いる ・ いない)
 - ・どなたが(_____) 病名(_____)
 - ・どなたが(_____) 病名(_____)
 - ・どなたが(_____) 病名(_____)

※当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。正確な情報を取得・活用するためマイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

※質問にお答えください

- ①前回子宮頸癌検診をいつ頃受けましたか？
 - _____年 _____月頃(受けた ・ 受けていない)
 - 受けた方結果は(異常なし ・ 異常あり)
 - ※異常あり結果(ASC-US ・ ASC-H ・ LSIL ・ HSIL)
- ②現在内服中の薬はありますか？薬の名前を記入するかもしくはお薬手帳をお持ちください (ある ・ ない)
 - 薬の名前: _____
- ③身長は(_____)cm ・ 体重は(_____)kg