

診察・受付カード

ID: \_\_\_\_\_

令和 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 ( ) 続柄 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ ご本人様以外の緊急連絡先 ( ) \_\_\_\_\_ ( )

職業 \_\_\_\_\_ ☆一か月以内の海外渡航歴 あり・なし 風邪の症状 あり・なし

■当院を知ったきっかけは？ 紹介 ( ) インターネット その他 ( )

■本日のご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・かたまりが出る)  
 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) 市販の検査薬: 月 日 陽性・陰性・未  
 薬処方希望 (飲み薬・塗り薬・膣の坐薬) 子宮頸がんワクチン 避妊の相談 低用量ピル  
 生理をずらしたい 日にち: ( 月 日 ~ 月 日 ) まで ※生理に当たってほしくない日にちをご記入ください  
 緊急避妊 (アフターピル) 一性交渉の日時: ( 月 日 AM/PM 時頃 )  
 その他 ( ) 基礎体温表持参 ( あり・なし )

■おたずねします

- はじめて生理がはじまったのは ( ) 才
- 生理がおわったのは (閉経) ( ) 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
- 一回の生理は何日間続きますか? ( ) 日間
- 最近の生理はいつからでしたか? ( 年 月 日から 日まで)
- 性交渉の経験はありますか? (ある・ない)
- 最終性交渉はいつですか? ( 年 月 日)

■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? はい ( ) 回 ・ いいえ  
 出産 ( ) 回 中絶手術 ( ) 回 流産手術 ( ) 回 終産 ( ) 才

■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)

■今までに大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

ありがとうございました 優レディースクリニック 院長