

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 お腹が痛い 不正出血 子宮がん検査 不妊の相談 低用量ピル  
 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  
 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 )

- 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)
- 月によって生理の量にムラはありますか? (はい・いいえ)
- 生理の周期は何日型ですか? ( ) ~ ( ) 日
- 生理前の体調変化がわかりますか? (胸の張り・便秘・むくみ・食欲亢進・イライラ・落ち込み)
- 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)
- 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)
- 現在、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
- 現在、他の医療機関に通院していますか? (はい・いいえ)
- 1年以内に健診を受けましたか? (はい・いいえ)
- マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか? (はい・いいえ)