

フリガナ  
氏 名

カルテNo.

生年月日 S・H 年 月 日 ( 歳)

住 所 〒

職業

電話番号:

携帯番号:

※突然の休診などをご連絡する場合があります

下記の質問にお答えください

I どうなさいましたか？

- |  |   |
|--|---|
| 1 月経がこない<br>(妊娠の可能性 あり・なし・わからない)<br>(中絶の意向 なし・あり・未定) | 13 頭痛、めまい、のぼせ                               |
| 2 月経の異常(月経痛・周期乱れ・量が多い・少ない)                           | 14 不眠、いらいら、肩こり                              |
| 3 月経と違った出血   | 15 食欲がない、吐き気                                |
| 4 おりものが多く気になる<br>(赤、ピンク、褐色、黄色、白)                     | 16 むくみ                                      |
| 5 陰部がかゆい   | 17 胸がドキドキする                                 |
| 6 陰部が痛い  | 18 ①子宮癌の検査希望<br>②川崎市・横浜市の子宮癌検診希望(昨年度していない方) |
| 7 おなかが痛い   | 19 子供ができない(不妊症の検査と治療の希望)                    |
| 8 腰が痛い   | 20 性生活の相談                                   |
| 9 しこりがある(おなか、陰部)※胸部をのぞく                              | 21 避妊の方法を知りたい                               |
| 10 尿が近い  | 22 性病の心配                                    |
| 11 排尿の時痛む  | 23 妊娠の経過観察                                  |
| 12 熱がある  | 24 定期検診                                     |
|  | 25 その他<br>( )                               |

II これまでの事についてお伺いします

① 今までかかった主な病気受けた手術や入院の経験がありますか？ はい・いいえ  
( 婦人科以外も含めて 虫垂炎(盲腸) 扁桃腺等 )

\*院長の手術を受けられた場合はその旨もお書きください

主な病気は

( ) 歳の時  
( ) 歳の時

手術は

( ) 歳の時

② 現在治療中の病気は？

ない ある( )

③ アレルギー体質と医師に言われたことがありますか？ はい【 】・いいえ

④ いままで使った薬や注射で副作用をおこした事がありますか？ はい【 】・いいえ

⑤ ぜんそくにかかったことがありますか？ はい・いいえ

⑥ 輸血を受けたことがありますか？ はい・いいえ

III 家族の中に何か特別な病気の人がありますか？

いる( 遺伝病、高血圧、糖尿病、癌、その他 ) いない

あなたの

身長( )cm 体重( )kg 血液型は( )型 Rh( )

① 飲酒の習慣がありますか ない ある ( 強い、普通、弱い )

② 喫煙の習慣がありますか ない ある (1日 本)



IV あなたの月経について

Tr = 月 日  
SS = 週 日

- ① はじめて月経をみた年齢 ( )歳(小・中 年)
- ② 閉経された方は何歳まで月経がありましたか?( )歳
- ③ 月経のある方は最終月経が始まった日を教えてください。  
年 月 日から 日間(その前の月経は 月 日~ 日間)
- ④ 月経は 順調( )日型・不順  
(周期とは月経開始日より次の月経開始の前日迄の日数)
- ⑤ 月経は何日位続きますか?( )日間
- ⑥ 月経の量は 多い 普通 少ない
- ⑦ 月経の時痛みますか? はい いいえ
- ⑧ 月経の時他にどこか具合が悪いところはありますか? はい いいえ

V あなたの結婚、妊娠、分娩について

- ① 性交(セックス)の経験がありますか? はい いいえ
- ② 現在結婚していますか? はい ( 年 月より) いいえ (同棲中、婚約中)
- ③ 離婚または夫と死別経験の方は以下に記入下さい  
初婚( 年 月) → 離婚・死別( 年 月)  
→現在独身・再婚( 年 月)
- ④ 妊娠したことがありますか? はい いいえ
- ⑤ 妊娠したことのある方は次にお答えください  
人工妊娠中絶 ( )回  
自然流産 ( )回  
分 娩 ( )回 → 一番最後の分娩 病院名( )

第一子	第二子	第三子	第四子
年 月 日 男・女	年 月 日 男・女	年 月 日 男・女	年 月 日 男・女
生まれた時の体重 g	生まれた時の体重 g	生まれた時の体重 g	生まれた時の体重 g
妊娠中の異常 あった・なかった ( )	妊娠中の異常 あった・なかった ( )	妊娠中の異常 あった・なかった ( )	妊娠中の異常 あった・なかった ( )
出産時の異常 ( )	出産時の異常 ( )	出産時の異常 ( )	出産時の異常 ( )

VI このクリニックをどのようにお知りになりましたか?

- 1 院長の前患者様( 病院にて)
- 2 他病院からの紹介( 病院より)
- 3 知人の紹介(差し支えなければ 様より)
- 4 チラシ〔郵便局、新聞、その他( )〕
- 5 インターネット
- 6 携帯
- 7 看板 1)鹿島田駅 2)新川崎駅 3)電柱
- 8 バス広告
- 9 その他( )