

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
(妊娠の可能性 あり・なし・わからない)
(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 | 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
(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
②川崎市の子宮癌検診希望(昨年度やっていない方) |
| 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)) |

II 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？

(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

- ① 主な病気は () 歳の時
() 歳の時
- ② 手術は () 歳の時
- ③ 現在治療中の病気は？
ない ある()
- ④ 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
- ⑤ 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
- ⑥ ぜんそくにかかったことがありますか？ はい いいえ
- ⑦ 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

- ① はじめて月経をみた年齢 () 歳 (小・中 年) Tr = 月 日
- ② 何歳まで月経がありました? () 歳 SS = 週 日
- ③ 最後の月経はいつでしたか?
 _____ 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 (S・H 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 (S・H 年 月) → 離婚・死別 (S・H 年 月)
 → 現在独身・再婚 (S・H 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

第一子	第二子	第三子
昭和・平成 年 男・女	昭和・平成 年 男・女	昭和・平成 年 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
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 ()

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) 平間駅 4) 向河原駅 5) 電柱
- 8 バス広告
- 9 その他 ()