

ふりがな	昭・平
お名前	年 月 日 ( 歳 )
ご住所 ( 〒 - )	・住民票は大阪市ですか？  ( はい ・ いいえ )
携帯 TEL	ご自宅 TEL
- -	( ) -

★本日来院されましたのはどのような症状からでしょうか？★

1. 生理不順／無月経	9. 更年期？	16. がん検診 ( 頸がん・体がん・乳がん )
2. 月経痛	10. おりもの／かゆみ	
3. 月経前症候群？	11. 不正出血	17. その他
4. 不妊／妊娠希望	12. 下腹痛／腰痛	
5. ピル ( 毎日服用 )	13. できもの	
6. 緊急避妊ピル ( アfter-ピル )	14. 性感染症	
7. 生理日変更	15. 子宮筋腫／卵巣腫瘍	
8. 妊娠？	※詳しくは来院時にお伺いしますので○をお付け下さい。	

★今までに、ご入院されたり大きなご病気のご経験はありますか？【 いいえ ・ はい 】  
それはいつどのようなことですか？

★現在病院などで処方されているお薬はありますか？【 いいえ ・ はい 】

お薬名：

★薬や食物でアレルギーを起こされたことはありますか？【 いいえ ・ はい 】

薬：

食物：

★血縁者の方で、下記のご病気をされた方はおられますか？

【 脳卒中 ・ 高血圧 ・ 心臓病 ・ 糖尿病 ・ 癌 ・ 腎臓病 ・ 結核 ・ いいえ 】

★定期的に健康診断をお受けになっておられますか？【 いいえ ・ はい 】

★最近の月経 ( 生理 ) は 【 月 日～ 月 日まで 日間】

周期 ( 前回の生理から次の生理までの間隔 ) は 【 順 日型 ・ 不順 】

★閉経 【 歳頃】

★ご結婚 【 既婚 ・ 離婚 ・ 未婚 】

★性経験はありますか？【 有 ・ 無 】

★妊娠されたことはありますか？【 いいえ ・ はい 】

お産は ( 回 ) ・ 流産は ( 回 ) ・ 中絶は ( 回 )

★当院へは 【 インターネット ・ 看板 ・ 本 ・ 他院 ( ) ・ 知人 ( ) 】