

ふりがな

氏 名 様 生年月日 大・昭・平 年 月 日

ご住所 〒

電話番号 連絡先

- 本日来院された理由は何ですか？  
不正出血・下腹部痛・帯下（おりもの）・かゆみ・月経異常・更年期症状・妊娠希望・  
子宮がん検診（頸部 体部）・大阪市の子宮がん検診・その他（ ）  
※上記の症状はいつからありますか？（ ）頃から）  
妊娠かどうか？
- ご結婚はされていますか？ はい ・ いいえ  
性交渉の経験はありますか？ はい ・ いいえ
- 月経（生理）についてお答えください。
  - 初経（ ）歳、月経周期 規則的（ ）日型・不規則、閉経（ ）歳
  - 最終月経 令和 年 月 日から（ ）日間
  - 月経量 少量・中等量・多量
  - 月経痛 無・軽度・重度（鎮痛剤の服用 有・無）
- あなたは今までに大きな病気にかかったり、手術を受けたことがありますか？  
具体的にお書き下さい（ ）  
喫煙しますか？ はい（ ）本/日） ・ いいえ  
お酒を飲みますか？ はい（種類と量 ） ・ いいえ
- 現在内服中のお薬はありますか？  
具体的にお書き下さい（ ）
- アレルギーはありますか？（薬、食べ物、ゴム製品、金属等）  
具体的にお書き下さい（ ）
- 血縁の方で高血圧・糖尿病・がん・血栓症・その他の病気にかかった方はおられますか？  
具体的にお書き下さい（ ）
- 妊娠・分娩歴についてお書き下さい。
  - 流産（ ）回、人工中絶（ ）回

年・月・日	分娩週数	性別	体重	妊娠・分娩産後の異常	分娩場所
・ ・	週 日	男・女	g		
・ ・	週 日	男・女	g		
・ ・	週 日	男・女	g		
・ ・	週 日	男・女	g		

- マイナ保険証による診療情報取得に同意なさいますか？ はい ・ いいえ

※ ご記入頂きました内容は診療以外には使用いたしません。