

ふりがな お名前		生年月日	
ご自宅住所	〒		
ご自宅電話番号		携帯電話番号	
緊急連絡先	(お名前) (電話番号)		
	(続柄)		
身長	cm	体重	kg

☆どちらの診察券を希望されますか？ スマホ診察券 ・ 通常の診察券
☆オンライン診療が可能な場合、希望されますか？ 希望する ・ 希望しない

- ① 本日はどのようなご相談で来院されましたか？□にチェックをお願いいたします。(複数可)
- | | | |
|------------------------------------|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 月経痛 | <input type="checkbox"/> 子宮筋腫 | <input type="checkbox"/> おしものが痒い |
| <input type="checkbox"/> 月経前の症状 | <input type="checkbox"/> 卵巣嚢腫 | <input type="checkbox"/> 性感染症の検査希望 |
| <input type="checkbox"/> 月経不順 | <input type="checkbox"/> 避妊の相談 | <input type="checkbox"/> トイレが近い |
| <input type="checkbox"/> 月経の出血量が多い | <input type="checkbox"/> 緊急避妊ピル希望 | <input type="checkbox"/> 排尿時に痛みがある |
| <input type="checkbox"/> 更年期障害 | <input type="checkbox"/> 不正出血がある | <input type="checkbox"/> 子宮が下がっている |
| <input type="checkbox"/> 女性アスリート外来 | <input type="checkbox"/> おりものの異常 (におい、 | <input type="checkbox"/> 月経移動希望 |
| <input type="checkbox"/> 子宮がん検診 | 量、など) | |
| <input type="checkbox"/> その他 () | | |

② あなたの月経についてご記入ください。
・最終月経 (西暦 年 月 日) ~ 初経 (歳) 閉経 (歳)
・月経周期：月経が始まってから次の月経が始まるまで (日)
・月経期間：出血している日数 (日)
・出血量：少ない・普通・多い・塊が出る

③ 性交渉の経験はありますか？ はい ・ いいえ

④ 妊娠・分娩歴についてご記入ください。

妊娠の回数 (回)	分娩の回数 (回)
— 正常妊娠 (回)	— 普通分娩 (回)
— 流産・死産 (回)	— 帝王切開 (回)
— 人工妊娠中絶 (回)	
— その他 (詳細:)	

⑤ 今までに病気・怪我はありましたか？ 例：30歳 足の骨折で手術、50歳 高血圧 ()

⑥ 飲んでいるお薬はありますか？ ()

⑦ 薬・食べ物でアレルギーはありますか？
薬 () 食べ物 ()

⑧ ご家族 (血縁の方) の病歴についてご記入ください。 例：祖母 乳癌、父 糖尿病 ()