

初診時間診票（婦人科）

記入日 年 月 日

氏名	年齢	生年月日	身長	体重	ご職業
(ふりがな)		年 月 日			
	歳		cm	kg	
住所			電話番号		
(〒 -)					

【本日の受診理由】（複数回答可）

☐ 月経不順

☐ 月経痛

☐ 月経前症候群(PMS)

☐ 月経量が多い

☐ おりもの

☐ 外陰部の症状

☐ 不正出血

☐ 更年期症状

☐ ピル(初回・続き)

☐ 避妊相談（緊急避妊ピル、避妊器具）

☐ 月経移動

☐ 検診(子宮頸がん、子宮体がん、卵巣がん)

☐ 健診で異常を指摘された

☐ ワクチン(子宮頸がんワクチン、風疹ワクチン)

☐ その他()

【月経】

☐ 初潮 歳

月経 あり ・ なし → 閉経 歳

月経ありの方は以下もお答えください

☐ 最終月経(最近の月経) 月 日～ 月 日

☐ 月経日数 日間

☐ 月経周期 日型 （例： 28 日、35 日、不順 など ）

【子宮頸がん検査】

☐ 子宮頸がん検査を受けたことがありますか ・はい ・いいえ

直近でいつ受けましたか () 検査結果()

【性交渉の経験】

☐ 経験がある ・ 経験がない

【妊娠・出産歴】

妊娠歴、出産歴のある方

年 月 日	妊娠 週	出産・流産・人工妊娠中絶	g(男 ・ 女)	経膣分娩 ・ 帝王切開
年 月 日	妊娠 週	出産・流産・人工妊娠中絶	g(男 ・ 女)	経膣分娩 ・ 帝王切開
年 月 日	妊娠 週	出産・流産・人工妊娠中絶	g(男 ・ 女)	経膣分娩 ・ 帝王切開
年 月 日	妊娠 週	出産・流産・人工妊娠中絶	g(男 ・ 女)	経膣分娩 ・ 帝王切開
年 月 日	妊娠 週	出産・流産・人工妊娠中絶	g(男 ・ 女)	経膣分娩 ・ 帝王切開

裏面もご記入ください

嗜好品やアレルギー、今までに治療をした病気について記入をお願いします。

【嗜好品】

☐ タバコ

・吸わない ・吸っていたがやめた(年前まで) ・吸う 1 日 本 年

☐ アルコール

・飲まない ・飲む (1 週間 回 1 回量 ml 程度)

【アレルギー】

☐ ゴムアレルギー ・ない ・ある

☐ アルコール消毒 ・ない ・ある

☐ 内服薬・注射薬 ・ない ・ある (薬品名)(症状)

☐ 食品 ・ない ・ある (食品名)(症状)

☐ その他 ・ない ・ある ()(症状)

【治療中または今までに治療をした病気】

☐ 現在治療中の病気はありますか。 ・ない ・ある(病名)

☐ 現在服用をしている薬はありますか。 ・ない ・ある(薬剤名)

☐ 心疾患の既往があり、不整脈・動悸・息切れ・立ちくらみなどがありますか。

・ない ・ある(病名)

☐ 喘息と診断されたことはありますか。 ・ない ・ある (最終発作 歳)

・あるとお答えの方 → 医師に鎮痛解熱剤の使用を注意されている ・いいえ ・はい

ロキソニンやボルタレンを使用したことがある ・いいえ ・はい

☐ 緑内障と診断されたことはありますか。 ・ない ・ある

☐ てんかんと診断されたことはありますか。 ・ない ・ある

☐ 今までに手術の経験がありますか。 ・ない ・ある(術名)

☐ 分娩・流産・人工妊娠中絶などで出血多量や麻酔トラブル、その他の異常を経験したことはありますか。

()