

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)	歳	年 月 日	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)

【子宮頸がんワクチン接種について】

- 今までに子宮頸がんワクチンを接種したことがありますか はい ・ いいえ

【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)	経膈分娩・帝王切開
年 月 日	妊娠 週	出産・流産・人工妊娠中絶	g(男・女)	経膈分娩・帝王切開
年 月 日	妊娠 週	出産・流産・人工妊娠中絶	g(男・女)	経膈分娩・帝王切開
年 月 日	妊娠 週	出産・流産・人工妊娠中絶	g(男・女)	経膈分娩・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・立ちくらみなどはありますか。

・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。

()