

当院をお選びいただき、ありがとうございます。この申込書は、健康保険証・お薬手帳とともに受付に提出願います。
ご記入いただいた内容は、診療目的以外では一切使用しないこと、個人情報保護法に基づき慎重に取り扱うことをお約束いたします。

ふりがな				大正・昭和・平成	
お名前	生年月日	年	月	日	() 歳
ご住所	〒				
電話番号	-	-	(ご連絡：可・不可)	ご職業	

1 本日はいかがなされましたか？ あてはまるものを全て選択してください。

- 月経不順 下腹部痛 不正出血 (月 日から)
 おりもの異常 外陰部のかゆみ ひどい生理痛 生理前の体調不良
 更年期の症状 (のぼせ・めまい・発汗・動悸・体の痛み・不眠・イライラ・不安・その他 [])
 妊娠の診断 (市販の自己検査：検査済み [陽性・陰性]) / 未検査 妊婦健診 (4D エコー)
 不妊の相談 避妊の相談 (ピル・アフターピル・リング) 月経周期変更
 がん検診 (子宮がん・卵巣がん・乳がん) 各種検診 (性感染症・プライダルチェック・レディースドッグ)
 予防接種 漢方相談 ビタミン点滴 プラセンタ注射
 その他 具体的に書きください

2 月経(生理)についておたずねします。

- ①** 初経： 歳 **③** 最近の生理： 年 月 日から 日間
② 閉経： 歳 **④** 月経周期： 順調 (日型) 不順 (日～ 日周期)

3 結婚・妊娠・出産についておたずねします。

- ①** ご結婚されていますか？ はい いいえ **②** 性交の経験はありますか？ はい いいえ
③ 妊娠・出産の経験はありますか？ はい いいえ
 妊娠： 回 分娩： 回 (最終分娩： 年 月 日) 中絶： 回 流産： 回

4 今までにかかった病気やお薬、体質などについておたずねします。

- ①** 大きな病気をされたことはありますか？ ない ある (病名：)
② 現在治療中の病気はありますか？ ない ある (病名： 内服薬：)
③ お薬のアレルギーはありますか？ ない ある (薬名：)
④ ご家族にがんなどの病気をされた方はいらっしゃいますか？ (病名： 続柄：)

5 当院を何でお知りになりましたか？

- インターネット 看板 雑誌 ご紹介 (様より) その他 ()

6 診察にあたり、何かご希望がございましたらご自由にお書きください。

3年以内に婦人科検診を受けたことがある場合は、おわかりになる範囲でご記入ください。

1 子宮頸がん・子宮体がん・卵巣がん

受診年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
検査内容	<input type="checkbox"/> 細胞診（頸部・体部） <input type="checkbox"/> エコー（経腹・経膈）	<input type="checkbox"/> 細胞診（頸部・体部） <input type="checkbox"/> エコー（経腹・経膈）	<input type="checkbox"/> 細胞診（頸部・体部） <input type="checkbox"/> エコー（経腹・経膈）	<input type="checkbox"/> 細胞診（頸部・体部） <input type="checkbox"/> エコー（経腹・経膈）
判定	異常なし・要精密	異常なし・要精密	異常なし・要精密	異常なし・要精密
受診機関名				
備考				

2 乳がん

受診年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
検査内容	<input type="checkbox"/> マンモグラフィ <input type="checkbox"/> 乳腺エコー	<input type="checkbox"/> マンモグラフィ <input type="checkbox"/> 乳腺エコー	<input type="checkbox"/> マンモグラフィ <input type="checkbox"/> 乳腺エコー	<input type="checkbox"/> マンモグラフィ <input type="checkbox"/> 乳腺エコー
判定	異常なし・要精密	異常なし・要精密	異常なし・要精密	異常なし・要精密
受診機関名				
備考				

補足：避妊ピルの服用や、ホルモン補充療法の経験はありますか？ ない ある（薬名：_____）
（服用期間：_____年 _____月から _____年 _____月 / 服用中）

MEMO
