

氏名: _____ (_____ 才)

本日はどのようなことで来院されましたか？

※あてはまる番号に○をつけ、質問にお答えください

- 1 不妊治療を希望
 - ★基礎体温表をつけていますか？(いる・いない・アプリ)
 - ★妊娠を希望されてどれくらいの期間が経過していますか
(_____ 年 _____ カ月)
 - ★他院での治療歴はありますか？(ある・ない)
 - ・タイミング療法(_____ 周期)・排卵誘発(_____ 周期)
 - ・人工授精(_____ 周期)・体外受精(_____ 回)
- 2 ブライダルチェック希望
- 3 生理が遅れている
 - ★妊娠の可能性がありますか？(ある・ない)
 - ★妊娠検査をされた方(_____ 月 _____ 日に + ・ -)
- 4 生理が不順である
 - ★前回の生理が始まった日は _____ 年 _____ 月 _____ 日
- 5 生理痛がひどい
- 6 お腹が痛い(どのあたり _____)
- 7 腰が痛い(どのあたり _____)
- 8 不正出血がある
 - ★いつから _____ 月 _____ 日～ _____ 月 _____ 日まで・今も続いている
- 9 おりものがおかしい
 - ★(量が多い・臭いがある・色がおかしい)
- 10 外陰部が(かゆい・痛い・かぶれている)
- 11 性病検査希望
- 12 更年期障害がづらい
(不眠・肩こり・のぼせ・イライラ・冷えのぼせ)
- 13 子宮癌検診を希望(助成券・無料クーポン・その他)
- 14 生理の日を調整したい
 - ★避けたい期間: _____ 月 _____ 日～ _____ 月 _____ 日まで
- 15 低用量ピルの処方希望(初めて・以前にある)
 - ★(避妊・PMS・月経痛)にピル希望
 - ★以前にある方はピルの名前(_____)
- 16 アフターピルの処方希望
 - ★性交時間: _____ 日 午前 _____ 午後 _____ 時ごろ
- 17 膀胱炎(残尿感・排尿痛・頻尿・血尿)
- 18 その他

※ある・ないに○を付け、質問にお答えください

- ①上記の○をつけた件で他院を受診されましたか？
(ある・ない)
 - ・あると答えた方は質問にお答えください
 - ・何番 _____ で _____ 年 _____ 月頃受診した
 - ・病名・症状など _____
- ②前回子宮頸癌検診をいつ頃受けましたか？
 - ・当院・他院で _____ 年 _____ 月頃 受けた・受けていない
 - ・受けたと答えた方結果は(異常なし・異常あり)
 - ・異常ありと答えた方、現在の経過は？
(_____ 病院に 通院中・通院していた)

③現在内服中の薬はありますか？薬の名前を記入するか
もしくはお薬手帳をお持ちください(ある・ない)

薬の名前: _____

- ④身長は(_____)cm ・ 体重は(_____)kg
- ⑤月経について
 - ・初めての月経は(_____ 歳)・閉経は(_____ 歳)
 - ・月経周期は？
 - 1 前の月とほぼ同じ日になる
 - 2 (_____)日ずつ遅れる
 - 3 (_____)日ずつ早くなる
 - 4 (_____)日周期
 - 5 極めて不順である
 - ・月経は何日位続きますか？(_____ 日間)
 - ・月経の量は(多い・普通・少ない)
 - ・月経痛は(強い・普通・軽い)
 - ・現在、授乳中ですか？(はい・いいえ)
 - ・最近(最終)の月経はいつですか？
(_____ 年 _____ 月 _____ 日から _____ 日間)
- ⑥性交(セックス)経験はありますか？(ある・ない)
- ⑦結婚について
 - 1 結婚している(_____ 歳)のとき
 - 2 未婚である
 - 3 離婚(_____)歳のとき
 - 4 死別(_____)歳のとき
- ⑧妊娠したことがありますか？(ある・ない)
 - ・分娩 (_____)回 (S ・ H ・ R _____ 年 _____ 月)
(S ・ H ・ R _____ 年 _____ 月)
 - ・帝王切開(_____)回 (S ・ H ・ R _____ 年 _____ 月)
 - ・自然流産(_____)回 (S ・ H ・ R _____ 年 _____ 月)
 - ・人工中絶(_____)回 (S ・ H ・ R _____ 年 _____ 月)
- ⑨今までに大きな病気にかかれたことがありますか？
(ある・ない)
 - ・いつ頃(_____ S ・ H ・ R _____ 年 _____ 月頃・又は _____ 歳頃)
 - ・病名(_____)
- ⑩B型肝炎・C型肝炎・外陰部ヘルペスの保有を指摘された
ことがありますか？ (ある・ない)
 - ・病名(B型肝炎 ・ C型肝炎 ・ 外陰部ヘルペス)
- ⑪今までに手術を受けたことがありますか？(ある・ない)
 - ・いつ頃(_____ S ・ H ・ R _____ 年 _____ 月頃・又は _____ 歳頃)
 - ・手術名(_____)
- ⑫薬や注射で副作用がありますか？体質的にアレルギーを
お持ちですか？ (ある・ない)
 - ・どのような(_____)
 - ・症状(_____)
- ⑬血縁者の方で大きな病気にかかれた方はいますか？
(いる・いない)
 - ・どなたが(_____)
 - ・病名(_____)
- ⑭当クリニックに来院されたきっかけは何ですか？
 - 1 知人の紹介 2 インターネット 3 看板
 - 4 雑誌 5 その他(_____)