

ご住所：		
ふりがな： お名前：	大・昭・平 生年月日： 年 月 日	( 歳) 職業：
	携帯電話：	

検査データの機密保持の為、感染症の結果の電話でのお問い合わせにはお答えできません。  
ただし、医師が緊急性があると認めた場合（子宮がん・子宮外妊娠）は医師よりお電話させて頂く場合があります。

該当箇所に○をつけ、記入が済みましたら受付にお渡し下さい。

- ① 薬・注射のアレルギーや喘息はありますか？ 有 ・ 無  
・薬の名前と症状を分かる範囲で記入してください（ )
- ② 今までに大きな病気や婦人科の病気にかかった事がありますか？ 有 ・ 無  
・病名（ )
- ③ 性交経験 有 ・ 無
- ④ 現在妊娠中ですか？ 有 ・ 無  
・有に○をした方、自宅で妊娠反応検査は陽性でしたか？ はい ・ いいえ

診察内容

- 1 ピル希望(生理不順用・生理痛用・避妊用)    2 緊急避妊ピル(アフターピル)    3 月経移動ピル(生理日変更)
- 4 生理不順    5 生理の異常(痛む・長い・多い)    6 六ヶ月以内に月経以外の出血があった
- 7 子宮ガン検診    8 妊娠チェック    9 おりもの (多い・におい・かゆい)    10 性病検査チェック
- 11 更年期障害    12 下腹部痛    13 頻尿・排尿痛・尿失禁    14 便秘
- 15 ブライダルチェック    16 リンパ浮腫
- 17 その他 ( )

最終生理 月 日より 日間 生理は 順調 ・ 不順

妊娠 \_\_\_\_\_回 正常分娩 \_\_\_\_\_回 帝王切開 \_\_\_\_\_回 流産 \_\_\_\_\_回