

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