

ふりがな  
お名前

職業

生年月日 大・昭・平 年 月 日 ( 歳)

住所 (〒 - )

電話番号

第二連絡先

関係性

( )

身長	cm	体重	kg
タバコ	吸う・吸わない	喘息	あり・なし
アレルギー	あり(どんな?)・なし ※ゴムアレルギー		あり・なし
性交渉の経験	あり・なし	婚姻	未婚・既婚

◆本日診てほしい症状はどれですか? Oをつけて下さい。

妊娠の診断 ( 妊娠判定 やっていない・やった 月 日 陽性・陰性 )					
腹痛	生理痛	生理不順	おりもの	アフターピル	月経移動
外陰部症状(かゆみ・痛み・腫れ・その他)				シルガード・ガーダシル	
ブライダルドック	更年期障害	区の検診	ピル( )		
不正出血(いつから? 月 日~ 月 日まで・今も続いている)(量 少ない・多い)					
その他( )					薬の処方

◆既往歴 ※わかる範囲でかまいませんので、必ずご記入ください。

初潮の年齢 歳	妊娠 回	出産 回のうち(帝王切開 回)
最近の生理日 月 日から 日間 周期 日	閉経の年齢( 歳)	
現在治療中の病気または過去の病気 ( )		
服用中のお薬( )		

◆子宮がん検診について(受診歴)

・子宮がん検診を受けたことがありますか はい・いいえ

受けたことがある方へ

・いつ受診しましたか 西暦 年 月頃

・結果はいかがでしたか 異常なし・異常あり( )

◆このクリニックをどうやって知りましたか? Oをつけて下さい。

ホームページ	区検診の通知	家が近所
職場に近い	通りすがり	知人の紹介
ちらし	その他	ルナルナ

◆本日の交通手段は? Oをつけて下さい。

電車	バス	自転車
徒歩	車	その他