

宮の沢スマイルレディースクリニック 基本情報



(フリガナ)

お名前 _____ 生年月日(西暦) _____ 年 月 日

ご住所 〒(-)

職業：医療関係・会社員・自営業・主婦・その他(_____)

電話番号： _____ (自宅) _____ (携帯)

メールアドレス： _____

(フリガナ)

お名前 _____ 体温 _____ 度 身長 _____ cm

(1)本日はどのようなことで受診されましたか? ○をつけてください。

1. 婦人科がん検診の希望
2. 不妊治療または不妊に関する相談
3. 妊娠初期または妊娠した可能性あり
4. 避妊の相談 (避妊・緊急避妊)
5. 妊娠人工中絶 ※現在準備中
6. 婦人科疾患の相談 (子宮筋腫・子宮腺筋症・卵巣腫瘍・その他 _____)
7. 性感染症の相談
8. 月経症状の相談 (月経痛・月経量が多い・月経が不規則・月経を移動したい)
9. ピルの希望 (避妊目的・月経症状の改善目的)
10. 更年期障害
11. 予防接種の希望 (HPV ワクチン・MR ワクチン・おたふくかぜ・インフルエンザ)※予約が必要です
12. 注射・点滴の希望 (プラセンタ・美肌コース・疲労回復コース)
13. 症状の悩み (腹痛・陰部のかゆみ・できもの・尿が近い・残尿感・排尿時痛)
14. その他(_____)

(2)あてはまる項目に○をつけてください。

- ・結婚はされていますか? (未婚・既婚・離別・その他) ・性交経験はありますか? (はい・いいえ)
- ・妊娠されたことはありますか? (はい・いいえ)

はいの場合→ 流産 _____ 回、中絶 _____ 回、経膈分娩 _____ 回、帝王切開 _____ 回

(3)月経に関する情報

最後にあった月経は? (_____ 月 _____ 日) ~ (_____ 月 _____ 日)まで、初潮 _____ 歳 閉経 _____ 歳

(4)医療情報

今までにかかったことのある病気について記載ください。

[_____]

※おくすり手帳をお持ちの方は、ご提示おねがいします。

婦人科疾患の指摘はありますか? いいえ・はい→子宮筋腫・卵巣腫瘍・その他(_____)

喘息と指摘されたことはありますか? (はい・いいえ)

アレルギーはありますか? いいえ・はい→薬(_____)、食物(_____)、その他(_____)

たばこは吸いますか? いいえ・はい→ 1日 _____ 本、 _____ 歳から _____ 年間