

婦人科予診カード

記入日 年 月 日

フリガナ

氏名 ()歳 <生年月日>大・昭・平・令 年 月 日

※氏名での呼び出しを希望されない方は希望しないに○印をして下さい→ (希望しない)

住所〒 職業

電話番号 ※検査等で当院から連絡場合もありますので、希望連絡先に○印をつけてください

自宅 () 携帯 () 身長 cm

性交渉の経験(あり・なし) 結婚の有無(あり→昭和・平成・令和 年 ・ なし→同棲中・未婚・離婚)

ご主人の年齢(歳) ご主人のご職業

家族歴 なし 高血圧(父・母・祖父・祖母) 糖尿病(父・母・祖父・祖母) 乳がん(母・祖母)

卵巣がん(母・祖母) その他の遺伝性疾患 ()

1. 今回の診察の目的を教えてください。当てはまる項目の□にチェックをお願いします。

- 不正出血 (いつから:)
- おりものが気になる
(かゆみ・色・量・におい いつからどんな症状:)
- 性病検査
- 腹痛 (いつからどんな症状)
- 子宮癌検診 (最終検診日: 年 月 日)
- 月経不順 (いつから:)
- 月経痛 (いつからどんな症状:)
- 月経をずらしたい (予定がある日はいつですか?:)
- 胸のトラブル (いつからどんな症状:)
- モーニングアフターピル(緊急避妊)
- 避妊相談 (ピル・IUD)
- 排尿痛・頻尿・残尿感 (いつからどんな症状:)
- 更年期症状 (いつからどんな症状:)
- 赤ちゃんができない(不妊期間:)
基礎体温を測っていますか? (はい・いいえ)
- その他 ()

2. 月経についてお聞きします。

- a. 最終月経開始日 月 日 ~ 日間 閉経(才)
- b. 月経周期: 月経が始まった日から、次の月経開始前日までの日数
規則的()日型 ・ 不規則(~)型
- c. 月経痛(ない・少しある・強い → VAS mm) d. 月経の量 (少ない・普通・多い)

3. 過去の妊娠や分娩についてお聞きします。

- a. 妊娠した事はない b. 過去に妊娠した事がある (妊娠 回)
- 自然流産 人工中絶術(回) 子宮外妊娠(回) 切迫流産 切迫早産
- 妊娠糖尿病 妊娠高血圧症候群(妊娠中毒症) 子宮内胎児発育遅延 ヘルプ症候群

※裏面の記載もお願いします。

4. 過去に分娩した児についてお聞きします。児の異常の有無、分娩方法には○をつけて下さい。

第一子 S・H・R 年 (男・女) 出生体重 g 分娩(正常・吸引・鉗子)、帝王切開(理由)
第二子 S・H・R 年 (男・女) 出生体重 g 分娩(正常・吸引・鉗子)、帝王切開(理由)
第三子 S・H・R 年 (男・女) 出生体重 g 分娩(正常・吸引・鉗子)、帝王切開(理由)

5. 薬のアレルギーについてお聞きします。 なし あり(薬品名:)
食物アレルギーについてお聞きします。 なし あり(食品名:)

6. たばこについてお聞きします。 吸わない 以前吸っていた 現在吸っている(本/日)

7. 飲酒についてお聞きします。 しない 時々する ほぼ毎日する

8. 喘息がありますか?(小児喘息含む) なし あり(最終発作は 歳)

9. 現在、服用している薬はありますか? なし あり(薬品名:)

10. ピルを服用した事がありますか? なし あり(ピルの種類:)

11. 過去に手術を受けたことがありますか? なし あり()

13. 子宮癌検診を受けたことがありますか? なし あり(最後に受けたのは 年 月)

14. 乳癌検診を受けたことがありますか? なし あり(最後に受けたのは 年 月)

15. 風疹にかかった事がありますか? あり なし 不明 ワクチン

16. 今までに指摘されたことのある病気についてお聞きします。

なし 高血圧 糖尿病 腎疾患 心疾患 甲状腺疾患 肝炎 自己免疫性疾患
脳梗塞 盲腸 脳内出血 てんかん 精神疾患 血液疾患 悪性腫瘍 血栓症
結核(家族を含む) その他(病名:)

17. 当院を何でお知りになりましたか?

a. 知人の紹介(様) b. 雑誌を見て c. 看板を見て d. タウンページ広告
e. 当院ホームページ f. その他インターネット g. その他()

セントラルレディースクリニック