

◎該当する□に☑を入れてください。()内もお書きください。

身長	c m	体重	k g
初潮	()歳	月経持続	() ~ ()日
閉経	()歳	周期は	規則的・不規則 () ~ ()日
月経痛	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽い	<input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重い
月経量	<input type="checkbox"/> 少量	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 多い
性経験	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	内診経験	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
ご結婚	<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 既婚	離婚歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり

お名前： _____

ご職業	() 例：主婦、会社員、学生、看護師など
薬剤アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
食物アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
育良クリニック受診歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり

●ご妊娠についてお伺いします。妊娠()回 分娩()回 流産()回 中絶()回 その他()											
No	西暦	年/月/日	年齢	妊娠週	児体重(g)	性別	健否	分娩方法 (吸引、帝王切開など)	流産や中絶など	分娩施設	その他 (体外受精や妊娠中毒症など)

●ご自身のご病気や生活習慣などについてお伺いします。該当する□に☑を入れ、下の空欄に詳細をご記入ください。

<input type="checkbox"/> 月経困難症	<input type="checkbox"/> 子宮内膜症	<input type="checkbox"/> 筋腫・腺筋症	<input type="checkbox"/> 卵巣腫瘍	<input type="checkbox"/> ポリープ	<input type="checkbox"/> 性感染症
<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 脳疾患	<input type="checkbox"/> 緑内障	<input type="checkbox"/> 甲状腺疾患	<input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 自己免疫疾患
<input type="checkbox"/> ガン	<input type="checkbox"/> 感染症	<input type="checkbox"/> 手術歴	<input type="checkbox"/> 飲酒	<input type="checkbox"/> 喫煙	<input type="checkbox"/> 現在服用中の薬 <input type="checkbox"/> その他：

<ご家族のご病気> ()の中に続柄をお書きください。例：(祖父、父)など

<input type="checkbox"/> 高血圧 ()	<input type="checkbox"/> 糖尿病 ()	<input type="checkbox"/> ガン ()
----------------------------------	----------------------------------	---------------------------------

●1年以内の子宮頸がん検診受診歴 なし ⇒ 近日中に職場健診等で受ける予定はありますか？ あり なし

ある⇒いつ頃ですか？ ()年 ()月頃⇒結果は？ 異常あり 異常なし

●川崎市に住民票がある方で風疹の抗体検査をしたことがありますか？ ある ない