

受診日：20 年 月 日 お名前： \_\_\_\_\_

1. 最後の生理はいつからですか？（開始日のみご記入下さい）

\_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日から （ 妊娠中 ・ 授乳中 ・ 閉経： 才 ）

2. 半年以内の性交渉が ある ・ ない（○をつけてください：避妊の有無は関係ありません）

- ・妊娠検査薬はしましたか？ していない ・ した（ \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日）⇒ 結果は（ 陽性 ・ 陰性 ）
- ・陽性の方は ： 継続したい ・ 中絶したい（相手の方との話し合い 済 ・ 未 ） ・ 迷っている

3. 本日の相談内容に☑をして具体的に記入してください。

生理に伴う不調 具体的に記入ください。（生理痛、排卵痛、生理不順、不正出血、PMS/PMDDなど）

おりものや 量が多い 匂い 色の変化： \_\_\_\_\_ 色  
陰部の異常： かゆみ 痛み できもの その他( \_\_\_\_\_ )

腹部の痛みなど： 性交時痛 肛門痛（排便痛） 生理周期と関係あり  
 ( \_\_\_\_\_ )

膀胱炎症状： 頻尿(尿が近い) 排尿時痛 残尿感

不妊相談： 子どもが欲しいなと思い始めたのはいつ頃からですか： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月ごろ～

更年期相談：

婦人科検診： 超音波(子宮、卵巣のチェック) 子宮頸癌 子宮体癌 性病検査

妊活前チェック： ( \_\_\_\_\_ )

ワクチン： HPV（子宮頸がんワクチン） インフルエンザワクチン 麻疹・風疹ワクチン

月経移動： 避けたい期間： \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 ～ \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

次の生理予定日 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日頃（不順な方は診察時にお申し出ください）

緊急避妊： （性交日： \_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_ の \_\_\_\_\_時頃）

ピル処方： 飲んだことなし 飲んでいる又は飲んだ事あり( \_\_\_\_\_ )才から薬剤名( \_\_\_\_\_ )

プラセンタ： 注射 飲み薬（サプリメント販売あります）

他院や検診で異常を指摘された(指摘された日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日頃、医療機関名： \_\_\_\_\_ )

内容：

その他：(ご自由にお書き下さい。)

ID:

お名前: \_\_\_\_\_

身長:      c m	体重:      kg	初めての生理:      歳	閉経:      歳
※生理周期: (      ~      ) 日 → 出血は (      ) 日間くらいで終わる			
生理痛: <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	
性交経験: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		内診経験: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
□既婚   □未婚   □事実婚   □死別   □その他 (      )			

ご職業	主婦・パート・会社員・学生・医師・看護師・薬剤師 (      )
お薬のアレルギー	<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 (      )
喫煙	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (      ) 本 × (      ) 年

※生理周期: 生理開始日から次の生理の前日までの日数のことです

●お子さまは→ (      ) 人      ●過去の妊娠について→ 妊娠(      )回 分娩(      )回 流産(      )回 中絶(      )回 その他(      )									
	年 月 日	妊娠週数	出生体重	性別		分娩(経腔、帝王切開)	流産、中絶	死産、その他	体外受精、妊娠中毒症 妊娠糖尿病など
1				男 女	健・否	分娩(経腔、帝王切開)	流産、中絶	死産 (      )	
2				男 女	健・否	分娩(経腔、帝王切開)	流産、中絶	死産 (      )	
3				男 女	健・否	分娩(経腔、帝王切開)	流産、中絶	死産 (      )	
4				男 女	健・否	分娩(経腔、帝王切開)	流産、中絶	死産 (      )	

●ご自身の既往歴: 手術歴・事故歴・ご病気 ( 喘息、子宮内膜症、子宮筋腫、卵巣のう腫、心療内科通院、高血圧、がん、糖尿病、脳/心臓/腎臓/肝臓病、甲状腺 )			
年齢~	病名 (あれば)	完治、通院中(病院名)	治療について (手術・内服薬など)
		完治、通院中(      )	
		完治、通院中(      )	
		完治、通院中(      )	

その他内服中のお薬:

●子宮頸がん: 検診日 (      年      月 ) <input type="checkbox"/> 結果未確認 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり(      ) 今後の検診予定(      年      月頃あり)
●川崎市風疹抗体検査を受けたこと <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ※日本でお産をされている方は <input checked="" type="checkbox"/> あり

●ご家族の病気	●高血圧( 父 母 兄弟 姉妹 ) ●高コレステロール血症/高脂血症( 父 母 兄弟 姉妹 ) ●糖尿病( 父 母 兄弟 姉妹 ) ●ガン( 父 母 兄弟 姉妹 ) ●その他 (      )
---------	---