

氏名は戸籍上の文字で		《 診 察 申 込 書 》		
ふりがな		男・女	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 西暦 年 () 歳
氏名				
住所	〒	電話番号		職業

本日は、どうなさいましたか？ 当てはまるものにチェックをつけてください。

- 子宮がん検診 生理不順 生理痛 下腹痛 腰痛 不正出血（出血した日： 月 日）
外陰部のかゆみ・痛み 外陰部のできもの おりもの（白・黄・血） 性感染症検査
膀胱症状（排尿痛 残尿感 トイレに行く回数が多い） 子宮が下がってくる
更年期症状 低容量ピルの相談 生理をずらしたい 不妊相談 緊急避妊薬の相談
妊娠（自分で妊娠判定薬を調べた（陽性 陰性） 調べていない） 中絶希望
予防接種（HPVワクチン・インフルエンザ・その他（ ））
その他（ ）

◇症状はいつ頃からありますか？ 約（ ）日・週間・ヶ月・年 前から

◇生理（月経）について 初経(初潮)：（ ）歳 / 閉経：（ ）歳
 最終月経：（ 月 日から 日間） 月経周期：順調(3、4日しかずれない)（ 日型） 不順
 生理痛：鎮痛剤は 必要 時々必要 不要 飲まずに我慢している
 出血量：普通 少量 多かったり少なかったり 4、5日目でも血の固まりが出ることもある

◇基礎体温表をつけたことはありますか？ ない ある（以前 現在）

◇結婚はしていますか？ 未婚 既婚 離婚 再婚

◇性交経験はありますか？ はい いいえ

◇婦人科受診は初めてですか？ はい いいえ

内診に不安が ある ない 痛みに敏感である はい いいえ どちらでもない

◇妊娠したことがありますか？ なし あり

妊娠（ ）回 分娩（ ）回(自然分娩・帝王切開) 流産（ ）回 人工妊娠中絶（ ）回

◇今まで指摘された病気はありますか？ なし あり

- 子宮筋腫 子宮内膜症 子宮腺筋症 子宮奇形 卵巣嚢腫 子宮頸癌・異形成
月経異常 性感染症 高血圧 糖尿病 腎疾患 心疾患 肝疾患 喘息
その他（ ）

◇今まで手術を受けたことはありますか？ なし あり（いつ、どこで、何の手術ですか？）

（ 歳の時 _____ 病院で _____ ）（ 歳の時 _____ 病院で _____ ）

（ 歳の時 _____ 病院で _____ ）（ 歳の時 _____ 病院で _____ ）

◇現在、飲んでいるお薬はありますか？ なし あり（ ）

◇食べ物や薬・注射のアレルギー（気分が悪くなったり、じんましんが出たりする）はありますか？

なし あり（ ）

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。

正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

◎医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時) 加算1 4点 加算2 2点(マイナ保険証を利用した場合)