

堀病院 産婦人科外来 予診票 婦人科

*氏名は、戸籍上の字でお願いします

フリガナ	
氏名	生年月日 昭・平・令 年 月 日(歳)
〒 - 住所	
TEL (携帯)	(自宅)

ご来院の理由について、○印をつけてください (複数可)

- | | |
|--|----------------------|
| 1. 月経異常・不順 | 2. 不正性器出血 |
| 3. 下腹部の痛み・違和感・腰痛 | 4. 月経痛がひどい |
| 5. おりものが気になる | 6. 陰部 (かゆい・痛い・腫れている) |
| 7. 子宮がん検査を受けたい | 8. 更年期症状() |
| 過去2年以内に子宮がん検査を受けたことがありますか ある(年 月頃) ない | 9. 乳腺炎 |
| 10. ぼうこう炎(頻尿・残尿感・排尿時痛) | 11. 月経をずらしたい |
| 12. 避妊相談(避妊リング・ピル・性交後のピル) | 13. 子宮が下がってきた(子宮脱) |
| 14. (子宮筋腫・卵巣のう腫・ポリープ) が心配 | 15. ブライダルチェック* |
| 16. 性病検査* | 17. 予防接種 () |
| 18. その他() | |

*診療内容により自費診療となります。

月経についてお答え下さい

初めて月経があったのは 歳 閉経は 歳
いちばん最近の月経は 20 年 月 日から 月 日まで
月経 (順調・不順) 周期(月経1日目から次の月経が始まる前日までの日数) 日型
月経量 (多い・普通・少ない) 月経痛 (強い・弱い・ない)

妊娠、分娩についてお答え下さい

性交経験はありますか (はい・いいえ)
これまでの妊娠について、全部で 回
そのうち、出産 回 ・ 流産 回 ・ 人工中絶 回

※裏面もご記入ください

