

太枠内のみ、黒または青のマジック・ボールペンでお書きください。

ID :

夫 ID :



フリガナ 氏名:	生年月日:	19	年	月	日
		20	年		
〒	-	住所:			
電話: ()	-	勤務先名称:			
緊急連絡先: ()	-	続柄			
身長: cm	体重: kg	血液型 型 (Rh(+).(-))			
結婚: なし・あり (歳)		離婚: なし・あり (歳)			
<<月経歴>> 初潮: 歳 閉経: 歳 周期: 日					
持経: 日間 月経痛: -・+・++ 過多月経: -・+・++					
*最終月経(1番最近の生理): 月 日から 日間					
<<妊娠歴>>					
出産経験: 回 (歳)		自然流産 回 (歳)			
子宮外妊娠: 回 (歳)		人工妊娠中絶 回 (歳)			
<<今までにかかった病気、または現在、治療されている病気について>>					
婦人科疾患 なし・あり⇒子宮筋腫・卵巣嚢腫・子宮内膜症・機能性出血					
外陰コンジローマ・クラミジア					
カンジダ膣炎・外陰ヘルペス・その他					
婦人科手術					
なし・あり⇒子宮筋腫核出術 (歳)・子宮全摘出術 (歳)					
卵巣嚢腫摘出術(右・左・両側/全部・一部) (歳)					
円錐切除術 (歳)					
帝王切開術 (歳)・子宮外妊娠手術 (歳)					
避妊手術 (歳)					
その他の手術 なし・あり⇒ ()					

フリガナ 氏名: (ご主人)	生年月日:	19	年	月	日
		20	年		
電話: ()	-	勤務先名称:			
<<本日はどうされましたか>>					
不正出血・陰部のかゆみ・腹痛・月経異常・更年期障害・子宮がん検診					
その他 ()					
<<女性ホルモン剤(ピルなど)を使用したことはありますか?>>					
なし・あり					
<<子宮がん検診を受けたことはありますか?>>					
なし・あり(最後に受けたのは 年 月)					
<<アレルギーはありますか?>>					
なし・あり()					
<<持病はありますか?>>					
なし・あり()					
<<喫煙はしますか?>>					
なし・あり(1日の本数:)					
<<飲酒はしますか?>>					
なし・あり(頻度: 量:)					