

田園調布オリーブレディースクリニック問診(婦人科)

フリガナ	生年月日	結婚歴
名前	年 月 日()歳	既婚・未婚
住所 〒		身長 cm
TEL	携帯	体重 kg

本日はどうされましたか？

子宮がん検診 *超音波検査を希望しますか(有料) → する・しない

陰部 → かゆみ・痛み・できもの

おりものが気になる(色・量が多い・におい)・性病検査希望

生理痛がひどい *鎮痛剤服用(あり→薬名) 効果 あり・まあまあ・なし)

月経前症候群(PMS) → 症状

腹痛 → いつから()・部位()・程度(強い・中等度・弱い)

月経異常 → どのような

妊娠希望(不妊相談) *基礎体温表をお持ちの方は出してください

ピル ・低用量ピル ・緊急避妊(アフターピル) ・避妊具

・月経調整→避ける期間(月 日から 月 日)

更年期障害

モナリザタッチ

プラセンタ注射

子宮や膣の下垂感・尿もれ・性交痛・灼熱感

他院からの紹介や人間ドックなどでの要精密検査

その他

・産婦人科の診察を受けたことがありますか(ない・ある)

・性交経験はありますか(ない・ある)

・子宮頸がん検診を受けたことはありますか(ない・ある→最終 年 月頃 :異常あり・なし)

・アレルギーはありますか(ない・ある→)

・B型肝炎、C型肝炎、梅毒など感染症にかかったことはありますか(ない・ある→)

・既往歴(ない・ある→)

・手術歴(ない・ある→)

・現在、内服中の薬はありますか(ない・ある→)

・生理、妊娠歴について

最終月経: 月 日から 月 日(日間)

月経周期: 順調(日型) 不順(日から 日)

量: 少ない・普通・多い

初潮 歳 閉経 歳

妊娠歴 回 分娩歴 回 (経膣・帝王切開)

・当院を何でお知りになりましたか→