

フリガナ 名前	生年 S 月日 H	年	月	日	歳
住所 〒			自宅電話		
※マンション名・部屋番号もお書きください			携帯電話		
国籍： 日本 ・ 中国 ・ ( )		身長	cm	未婚 ・ 既婚	
職業： 会社員 ・ 主婦 ・ 学生 ・ ( )		体重	kg	子供 人	
持参物： 1.健診結果（無・有） 2.紹介状（無・有） 3.画像データ（無・有） 4.お薬手帳（無・有） ※持参物は <u>受付で提出</u> してください。個人情報厳守しますのでご安心ください。					

★当院を受診された目的にあてはまる番号に○をつけてください。（複数選択可）

1. 乳腺や子宮のがん検診希望（自費）	16.子宮がん検診要精査（受診日 年 月 日）
2. 性感染症検査希望（自費）	17.不正出血・貧血
3. 乳がん検診要精査（受診日 年 月 日）	18.婦人科月経異常
4. 乳腺の症状 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> しこり <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> 乳房違和感 <input type="checkbox"/> 分泌異常	<input type="checkbox"/> 月経不順 <input type="checkbox"/> 月経来ない <input type="checkbox"/> 月経量多い <input type="checkbox"/> 月経痛 <input type="checkbox"/> 月経困難 <input type="checkbox"/> 月経前症候群
5. 乳腺科その他	19.婦人科腹痛
6. 骨粗しょう症相談・治療	20.子宮筋腫・卵巣腫瘍
7. 痔の相談	21.外陰部症状
8. 内科の症状・定期受診	<input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> おりもの <input type="checkbox"/> しこり
9. 外科の症状（けがなど）	22.性感染症相談
10. ニキビ相談・治療	23.婦人科その他
11. 肝斑・しみ処方（保険外）	24.更年期相談 *別紙もあり
12. 皮膚の症状（皮膚腫瘍・発疹など）	25.ピル希望（保険・自費）*別紙もあり
13. ワクチン希望	26.月経移動（保険外）*別紙もあり
14. プラセンタ・自費点滴希望	27.アフターピル希望（保険外）*別紙もあり
15. その他 下記にご記入ください	28.妊娠相談（保険外）（妊娠反応検査 未・済） ※妊婦検診・不妊治療・中絶は行っておりません

(1) 病気や不安な症状、相談したいことなどを記入してください。

◆いつから ( ) カ月前 / ( ) 週間前 / ( ) 日前

◆内容

(2) 今までに同じ症状で他院を受診したことがありますか？ なし あり (いつ頃 )

(3) 今まで健診を受けたことはありますか？

ない 一般健診 ( ) 年 ( ) 月 結果： ( )

乳がん検診 ( ) 年 ( ) 月 結果： ( )

子宮がん検診 ( ) 年 ( ) 月 結果： ( )

(4) 飲酒 しない する 週 ( ) 日 種類 ( ) 量

(5) 喫煙 しない する 禁煙した ( ) 年前 あり 1日 ( ) 本 ( ) 年間

裏面もご記入ください⇒

(6)月経について教えてください。

◆一番最近の月経 月 日 ~ 月 日 ( 日間)

◆月経周期  規則的 ( 日ごと)  不規則

◆月経量  少ない  普通  多い  固まった血液が出る

◆月経前後ではある症状がありますか？

月経痛  乳房痛  いらいら・不安感  睡眠障害  むくみ  腰痛  腹の張り

◆初めて生理がきた年齢 歳 ◆閉経年齢 歳

(7)性交経験  あり  なし 妊娠経験  あり  なし 出産経験  あり  なし

(8)妊娠について記入してください。

妊娠した年齢	経過
歳	自然分娩(鉗子・吸引)・帝王切開・流産・中絶・異常分娩 ( )

(9)現在 妊娠  していない  している ( ヶ月)  可能性あり

(10)現在 授乳  なし  授乳中 ( カ月目)  卒乳から6か月以内

(11)豊胸手術歴  なし  あり (  インプラント  脂肪注入  その他注入 )

(12)過去の病気や手術を記入してください。  なし

時期・年齢	病名	手術・治療・薬

(13)アレルギーについて記入してください。

喘息	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→	最後の発作はいつですか
薬品	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→	薬品名
食物	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→	食品名
アルコール消毒	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
その他	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→	花粉症・金属・その他

(14)現在使用している、内服薬・貼り薬・点眼・点鼻・注射・サプリメント等をご記入ください。

なし

(15)血縁者の方でかかったことのある病気がありましたらチェックを入れてください。

特になし

悪性腫瘍・がん ⇒

乳がん	続柄		続柄
卵巣がん	続柄		続柄
子宮がん	続柄		続柄

アレルギー

脳血管障害  心臓病  ペースメーカー  糖尿病  高血圧  その他 ( )

(16)当院をどのようにお知りになりましたか？ (いくつでも可)

検索してホームページを見た  ポータルサイトを見た (EPARK MRSO ここカラダ)

済生会中央病院からの継続  インスタグラム・SNSを見た

駅や交差点の看板を見た  バス広告アナウンスを聞いた

クリニックを偶然見つけた  他院からの紹介 (院名 )

自宅・職場が近所だから  知人からの紹介

その他 ( )