

＊ ＊ 診察の前にお尋ねしたいこと ＊ ＊

西岡医院 産婦人科・内科

フリガナ

氏名： _____ 生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 年齢： _____ 歳

〒： _____ 住所： _____

自宅電話： _____ 携帯電話： _____

E-mail： _____

1. 本日はどういったことで診察に来られましたか？

- ① 妊娠かどうか（妊娠検査薬 + - : _____ 月 _____ 日に検査をした）
- ② 子供が欲しいがなかなかできない
- ③ 不正性器出血がある
- ④ 下腹部痛・腰痛がある
- ⑤ 月経（生理）の異常（生理不順 生理痛がひどい 生理の量が多い その他)
- ⑥ かゆみがある、おりものが多い、おりものの臭いが気になる
- ⑦ おしっこの時に痛みがある、おしっこが近い、尿もれが気になる
- ⑧ できものがある（下腹部 外陰部 胸 その他)
- ⑨ 子宮が下がってきている気がする
- ⑩ 子宮がん検診希望、ブライダルチェック希望、性病検査希望、その他の検査希望
- ⑪ 避妊の相談（緊急避妊ピル希望）
- ⑫ 月経（生理）の時期をずらしたい
- ⑬ 他の病院で産婦人科の受診をすすめられた
- ⑭ その他

2. ご結婚されていますか？

はい（何歳でご結婚されましたか？ : _____ 歳、 夫の現在の年齢 : _____ 歳)

いいえ（ 未婚 離婚 死別 結婚予定)

性交渉（セックス）の経験はありますか？

3. 月経（生理）について

初めて月経（生理）があったのは何歳でしたか？ : _____ 歳

閉経は何歳でしたか？ : _____ 歳

一番最近の生理はいつですか？ : _____ 月 _____ 日から _____ 月 _____ 日まで

生理痛がありますか？ : はい いいえ

生理の量は？ : 多い 普通 少ない

裏面もご記入ください

