

うるる女性クリニック

受診日： 年 月 日

フリガナ

体温 () °C

身長

cm

体重

kg

氏名

様 () 歳

生年月日

S・H・R

年

月

日

郵便番号：

電話番号

住所：

1、いつごろから、どのような症状で受診されましたか？

[]
 癌の検査希望 (子宮がん・乳がん)

2、最後に子宮がん検診を受けたのはいつですか？ (年 月)

3、初めて月経があったのは何歳でしたか？ (歳)

4、最終月経はいつでしたか？ (2ヶ月分の月経を記入して下さい)

年 月 日 ~ 月 日
年 月 日 ~ 月 日

5、月経は順調ですか？ (順 ・ 不順)

6、何日毎に月経がありますか？ (日型)

7、月経はいつも何日くらい続きますか？ (日間)

8、月経量は？ (多い 普通 少ない)

9、月経の時に痛みますか？ (痛む ・ 痛まない)

10、性交(セックス)の経験はありますか？ (ある ・ ない)

11、現在、セックスパートナーはいますか？ (いる ・ いない)

12、お産は何回しましたか？ (回)

13、閉経は(月経が終わった)、何歳でしたか？ (歳)

14、現在飲んでいるお薬はありますか？

お薬の名前：
[]

15、今まで大きなご病気をされましたか？

[]