

お名前：

年齢

住所

電話

体温： ℃

血圧： /

👉 最終月経： 月 日～ 日間【閉経： 歳】

妊娠 回 / お産 回

以下の①～⑨に当てはまる項目に○をつけて下さい。

①

生理についての相談	下腹部痛	不正出血	おりもの	
かゆみ	できもの	性病検査	更年期の相談	不妊の相談
子宮脱	子宮がん検診	筋腫・卵巣の検診		

② 最後にかん検診を受けた年月を教えてください（ 年 月頃）

③ 妊娠かどうか：妊娠検査薬で検査しましたか？（はい・いいえ）

はいの場合→いつ頃？（ / ） 結果は？（+ / -）

④ 避妊のご希望の場合 →（ピル・子宮内避妊具・緊急避妊薬）

⑤ 生理日の移動（自費）→ 避けたい日は？（ 月 日 ～ 月 日）

次の生理予定日は？（ 月 日頃から）

⑥ 性行為の経験（有・無）

⑦ 現在の内服薬（有・無）

⑧ 産婦人科処置で気持ち悪くなったり気を失ったりした事がありますか？

（はい・いいえ）

⑨ アナフィラキシーショック、迷走神経反射等を起こした事がありますか？

（はい・いいえ）