

初診・再診 ID *印は、必ずご記入下さい。 年 月 日
フリガナ 氏名 生年月日 S・H・R 年齢 未婚 既婚 職業
住所 〒
ご連絡のつく電話番号* 身長 cm 体重 kg 体温 °C 血圧 mmHg

- 何をご覧になっていらっしゃいましたか? (複数回答可)
□ホームページ □Facebook □バス案内放送 □ビル看板 □駅看板 □雑誌 □友人知人紹介 □ドクターズファイル
□以前に院長の診察を受けたことがある □その他

本日受診された目的について、☑をつけて下さい。複数回答可

□港区区民検診

婦人科系

- おりもの異常:色()、におい(□有・□無)
□陰部のかゆみ
□不正出血(/ ~)
□腹痛(/ ~)
□生理不順
□月経前症候群
□できもの・いぼ
□性交痛
□性病検査・レディースドック
□拳児希望・排卵チェック・不妊相談
□更年期相談

ピル

- 避妊→□低用量ピル □避妊リング ※検査歴にご回答ください
□アフターピル(性交渉日付 /)
□月経移動(避けたい日 / ~ /)

小児

- 思春期相談 □かゆみ □おりもの
□風邪 □予防接種
□その他()

乳腺外科

●現在妊娠中ですか? (□いいえ □はい) ●授乳中ですか? (□いいえ □はい) □乳がん健診

- 1. 胸の症状 □しこり □痛み □乳汁分泌 □その他()
→いつ頃から(右・左:)
2. 今までに乳がん検診を受けたことがありますか? □いいえ □はい→乳腺超音波(/) マンモグラフィ(/) 視触診(/)
3. 癌と診断された血縁の方がいらっしゃいますか? □いいえ □はい→()
4. ペースメーカーは入っていますか? □いいえ □はい→()
5. 豊胸手術されていますか? □いいえ □はい→()

妊娠

- 妊娠確認(出産希望 □あり □なし)
→市販検査薬使用(□+・□-) (実施日 /)
→出産希望病院
□妊婦健診希望
□3D4D超音波検査
□胎児ドック
□産後相談
□その他()

アンチエイジング・美容・疲労回復

- 点滴療法(高濃度ビタミンC、プラセンタ、その他)
□注射療法(プラセンタ、ニンニク注射、その他)
□腔レーザー治療(モノリザタッチ)

その他

- 排尿痛、頻尿、血尿
□尿漏れ
□風邪(症状:)
□予防接種
□腔レーザー治療
□その他()

検査歴についてご記入ください。*

- 1. 子宮頸がん検査をうけたことがありますか? 年 月
2. 子宮体がん検査をうけたことがありますか? 年 月
3. 子宮エコーを受けたことがありますか? 年 月
4. 採血をされたことがありますか? 年 月
5. 乳腺エコーをされたことがありますか? 年 月
6. マンモグラフィーをされたことがありますか? 年 月

月経についてご記入下さい。

- 1. 一番最近の月経はいつでしたか? *(/ 年 / 月 / 日から / 日間)(その前の月経は / 年 / 月 / 日)
2. 閉経されている方→何歳まで月経がありましたか?(/ 歳まで)
3. 月経の周期 □順調(/ 日)型、□不順(/ ~ /)日位

これまでの妊娠・出産についてご記入下さい。

- 1. 性交(セックス)の経験がありますか? □いいえ □はい
2. 妊娠された経験がありますか? □いいえ □はい

Table with 5 columns: 出産年月, 妊娠・出産の状態, 出生体重, お子様の状態, 出産病院. Rows 1-3.

- 3. お産の時に何か異常がありましたか?()