



池上レディースクリニック

～初めてお受けになる方へ～

ID		受付日	
ふりがな		大正・昭和・平成	
お名前	生年月日	年 月 日	歳、職業()
住所	〒 -	TEL・自宅 ()	
		携帯番号 - -	
		身長 cm,	体重 kg

■ ご来院の目的について

○で囲んでください

どのような症状・相談で来院されましたか？

子宮癌検診(頸癌・体癌) 生理不順 不正出血 生理痛
 無月経(妊娠の可能性 あり・なし) おりもの かゆみ
 性感染症 ピル処方(低用量・生理日調整・アフターピル)
 妊娠検査 更年期相談 骨粗しょう検査 不妊相談
 区の子宮がん検診(別紙区のがん検診のご案内をお読み下さい。)
 その他()

■ 月経について

月経周期は？	順調(日型) 月経期間(日間) 不順
最終月経はいつでしたか？	年 月 日～ 月 日
月経の量は？	多い・普通・少ない・血のかたまりがある
月経痛は？	下腹部が痛む・腰が痛む
初潮(または閉経)は何歳でしたか？	歳

■ 妊娠・出産について

妊娠したのは？	回(現在子供は 人)
出産したのは？	正常分娩 回・流産 回・人工中絶 回 吸引・鉗子 回・子宮外妊娠 回 帝王切開 回・胞状奇胎 回

■ 既往歴等について

結婚していますか？	はい いいえ
未婚の方へ	SEXの経験は?(ある・ない)※診察の方法が異なります。
今までかかった病気と手術について。	病気【高血圧 糖尿病 ガン 喘息 肝臓病 腎臓病 心臓病 甲状腺 乳腺疾患 その他()】 手術【盲腸 子宮 卵巣 その他()】
アレルギー体質といわれたことがありますか？	いいえ はい()
現在服用している薬がありますか？	いいえ はい()
血のつながった人に既往歴がありますか？	高血圧 糖尿病 ガン その他()

■ 治療方針について

治療方針のご希望をお聞かせください。	健康保険の範囲内での治療 健康保険外の治療も希望 応急処置のみ希望 区の無料検診のみ
--------------------	-----------------------------------------------

■ アンケート

当クリニックを知ったきっかけは何ですか？	インターネット 駅看板(竹ノ塚・西新井・草加) 交差点看板 開院チラシ 電柱広告 バス広告 近所・通りがかり 他の病院・クリニック・知人からの紹介・その他()
----------------------	----------------------------------------------------------------------------------------

■ その他にかありましたらお書きください。