



月経周期： 日間（順調・ほぼ順調・不順）

不順：短い時 日間 長い時 日間

月経量：（多量・中等量・少量）

月経痛：（あり・なし）

あり：強い・普通・弱い・症状（ ）

(6) 妊娠歴

・ 歳時（中絶・流産・出産： ヶ月 / 男・女 / g)

・ 歳時（中絶・流産・出産： ヶ月 / 男・女 / g)

・ 歳時（中絶・流産・出産： ヶ月 / 男・女 / g)

(7) 既往歴

病気：

（治癒・治療中 施設名： ）

手術：

（施設名 ）

アレルギー（あり・なし）※ありの方は下記にご記入ください。

食物（ ）

薬剤（ ）

喘息（なし・あり：現在の状態 ）

(8) 婦人科検診

最終検診日： 年 月

指摘されたこと：

子宮癌検診 年 月 結果（陰性・陽性）

(9) 嗜好品

煙草は吸いますか？（はい・いいえ）

（喫煙歴 年、本数 本/日）

お酒は飲みますか？（はい・いいえ）

(10) 身長： cm / 体重： kg

(11) ご家族で病気の方はいますか？

糖尿病・高血圧・膠原病・遺伝的な病気・癌・肝炎

その他（ ）

(12) 当クリニックを受診するきっかけは何ですか。

医者からの紹介（病院名： 医者名： ）

友人・知人からの紹介（紹介者： ）

（自宅・学校・職場）から近い

インターネット（当院ホームページ・タウンページ・患者の気持ち・町田市医師会・その他）

本、雑誌で見た（本、雑誌名： ）

以前受診した

上記以外（ ）

※ご協力ありがとうございました。