

予 診 表

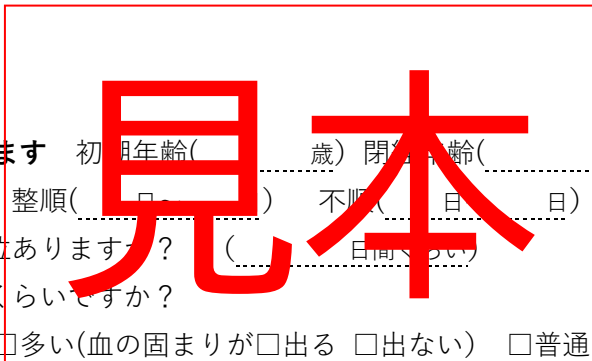
西暦.....年.....月.....日

ふりがな

氏名.....(.....歳)(身長.....cm)(体重.....kg)

今日おみえになった理由は何ですか？

BMI=



月経についてお聞きします 初潮年齢(.....歳)閉経年齢(.....歳)

- ① 月経周期は... 整順(.....日) 不順(.....日)
- ② 月経は何日間位ありますか？ (.....日間)
- ③ 月経量はどれくらいですか？

多い(血の固まりが) 出る 出ない 普通 少ない

④ 月経痛... 痛みの場所: なし 下腹 腰 頭痛 その他

痛みの程度: なし 強い 中等度 弱い

鎮痛剤の使用: なし あり⇒1回の生理で(.....錠)くらい

⑤ 最終月経は? (.....月.....日) から (.....日間) 継続中

分かる範囲でご記入ください

結婚について	<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 既婚				
性交経験	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
今までの妊娠歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	妊娠 回	出産 回	流産 回	人工中絶 回
子宮頸がん検診を受けたことが...	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	最終検診.....年.....月頃 (<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> あり) 次回			
以前、定期的な治療を受けたことがある 病名と治療内容 (手術や内服治療など)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	治療歴			
現在、治療中の病名、服用中の薬がありますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	薬の名前			
今までに薬や注射でじんましんなどの 異常が出たことがありますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	薬の名前			
喫煙をしたことがありますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 喫煙していた(.....歳まで) <input type="checkbox"/> 喫煙している(.....歳から) 現在1日(.....本)くらい			
ご家族(血縁)に以下の病気の方がおられますか？ ガン,糖尿病,高血圧,高脂血症など	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> いる				