

## 横浜泉レディースクリニック（婦人科・乳腺外科・胎児ドック）

フリガナ

氏 名 生年月日 . . ( オ )

住所 〒

電話番号 ( - - )

\*差支えなければ、当院をお選びいただいた理由を教えてください

☐看板をみて ☐家族・知人 ☐SNS ☐インターネット ☐他院のご紹介 ☐その他( )

以下、1～9のすべてにご記入をお願いいたします。

(旧 多和田レディースクリニックから、カルテは変わっています)

1. 本日はどうされましたか？ お困りの症状はいつからですか？

1. 性交渉の経験 ☐あり ☐なし

3. 結婚・妊娠歴について

☐未婚 ☐既婚 ☐事実婚 ☐再婚 ☐離婚 ☐死別

妊娠( )回 経膈分娩( )回 帝王切開( )回 流産( )回 中絶( )回

その他(異所性妊娠や胎状奇胎など: )

直近の分娩( )年 ( )月 ( )週 ( )g 分娩場所: ( )

2. ご本人について 身長( )cm 体重( )kg

職業( ) 同居家族( )

たばこ ☐吸ったことがない ☐以前吸っていた ☐最近も吸っている(1日 ( )本)

3. 月経について

最終月経( )年 ( )月 ( )日 ~ ( )日間 ( )日周期

初経( )歳 閉経( )歳

5. 産婦人科受診歴 ☐なし ☐あり

最近の子宮頸がん検診: ( )年 ( )月 ☐横浜市 ☐その他

子宮頸がんワクチン接種の有無 ☐あり ☐なし

最近の乳がん検診: ( )年 ( )月 ☐横浜市 ☐その他

6. 現在およびこれまでのご病気について

☐高血圧 ☐喘息 ☐糖尿病 ☐精神疾患 ☐その他( )

☐手術(いつ: ) 内容: ( )

7. 現在飲んでいる薬・サプリメントについて

☐なし ☐あり( )

8. アレルギー

☐花粉症 ☐アトピー性皮膚炎 ☐アレルギー性鼻炎

☐食べ物( ) ☐薬( )

9. 血縁のあるご家族について

☐高血圧(続柄: ) ☐糖尿病(続柄: ) ☐癌(病名: ) 続柄: ( )

☐その他(病名: ) 続柄: ( )