

ID

受診日 年 月 日

フリガナ お名前	生年月日 大・昭・平 年 月 日 (歳)
住所 〒 (-)	職業
電話番号 () -	携帯電話 () -

★本日、治療を希望される項目のみ○を入れて下さい

- ・子宮癌検査 (頸部・体部)
 - ・HPV (ヒトパピローマウイルス) 検査
 - ・経膈超音波検査
 - ・ホルモン採血
 - ・性感染症検査
 - ・骨密度測定
 - ・不正出血 (いつから)
 - ・月経症状 (不順・痛み・量)
 - ・おりものの症状 (量が多い・におい・色)
 - ・月経痛以外の痛み (場所:)
 - ・月経前の不調 (イライラ・気分の落ち込み・腰痛・頭痛・むくみ等)
 - ・月経が遅れている →妊娠の可能性ありますか (はい・いいえ)
 - ・外陰部の症状 (かゆみ・痛み・できもの・性交痛・下がった感じ等)
 - ・月経症状によるピル希望
 - ・避妊相談 (ピル・ミレーナ・緊急避妊)
 - ・更年期症状の治療
 - ・プラセンタ療法
 - ・月経移動 (避けたい期間 : 次回月経の開始予定日はいつですか?)
 - ・排尿症状 (排尿時痛・残尿感・もれ・頻尿等)
 - ・不調の相談
 - ・その他 ()
- 保険診療外費用同意 はい いいえ
- 結果 郵送希望 (500円) はい いいえ

★月経についてお尋ねします

初経 (歳) 閉経 (歳) 月経周期 順 (日型)・不順
 一番最近の月経 (年 月 日 ~ 日間)
 月経のある方へ伺います 月経血量 (多・中・少) 痛みの程度 (強・普通・弱・無)

★あなたについてお尋ねします

子宮がん検診を受けたことがありますか ・ない ・ある (最終検査日 年 月 頸部・体部)
 これまで婦人科で治療を受けたことはありますか? ・ない・ある (病名 治療の内容)
 今までに手術を受けたことがありますか ・ない ・ある ()
 現在飲んでいるお薬やサプリメントはありますか?
 ・ない・ある () ※お薬手帳をお持ちの方はご提出ください
 アレルギーはありますか ・ない ・ある ()
 喫煙 (本/日) 飲酒 (週 回) 運動 () 妊娠 (回) 出産 (回)
 性交 (セックス) の経験はありますか ・ない ・ある

当院では保険診療でのホルモン剤や漢方薬の治療に加えて、血液検査データを基にした栄養解析によるお食事のカウンセリングやサプリメント処方での根本治療も行っています。
 栄養療法に興味はありますか?

まるを付けてください 興味なし・興味あり・話を聞いてみたい