

* * * * * ようこそ 女性専門外来へ * * * * *

はじめまして、(お名前: _____)様。
 今日、アルテミス ウイメンズ ホスピタル 女性専門外来へお越しいただき、ありがとうございます。
 診察をよりスムーズに行うために、下記の質問にお答えいただき、診察の際に担当医師
 に渡してください。スペースが足りない場合は、裏面もお使いください。

住所に変更のある方は、記入してください。

〒 _____

●今日は、どのような症状で受診されましたか？

●その症状は、いつ頃から、どんな時にありますか？

●症状に関して、特に心配なされていること、希望される検査はありますか？

●今まで、何か病気をされたことはありますか？

例) 20歳で虫垂炎、30歳で帝王切開

●これまで、健診(検診)で異常を指摘されたことはありますか？

例) 5年前からコレステロールが高め、3年前に乳腺症

●家族(ご祖父母、ご両親、ご兄弟姉妹、お子様)でご病気の方はいらっしゃいますか？

例) 母方祖母方が胃がん。父が糖尿病と高血圧。母が高脂血症と甲状腺の病気。兄が腎結石など。

●一番最近の生理(月経)はいつでしたか？

()月 ()日から ()日間、量は：多め・少なめ・いつもと同じ

月経周期()日周期、月経の持続()日間、月経不順：なし / あり

生理痛は なし / あり(具体的に： _____)

月経前の体調(気分)不良は なし / あり(具体的に： _____)

●身長()cm 体重()kg

最近体重が：増えた・変わらない・減った

●当院女性専門外来を、どのようにお知りになりましたか？

医師からの紹介(紹介状 あり / なし)、家族や知人(_____ 様)の紹介、

インターネット(当院HP / その他 _____)、新聞(_____)、雑誌(_____)、

テレビ(番組名 _____)、その他(_____)

●薬や食べ物のアレルギーはありますか？

(「はい」か「いいえ」欄のいずれかに必ず○をお願いします。「はい」の場合には具体的にお書きください。)

種別	はい	薬品名・食べ物名	いいえ
薬剤			
食べ物			

●現在、服用中の内服薬はありますか？

(「はい」か「いいえ」欄のいずれかに必ず○をお願いします。「はい」の場合には具体的にお書きください。)

はい	薬品名(お分かりになれば)	いいえ