

クイック検診をお受けになる方へ

初診日 平成 年 月 日

◀検査項目▶ 血圧 子宮頸がん検査 超音波検査

◎セット料金になっておりますので未実施検査がある場合でも料金の減額はありせん。

お手数ではございますが、ご記入をお願いいたします。

1. 月経についてお答えください

- ・最終月経 月 日 ~ 月 日 (いつもと同じ・違う)
- ・月経周期 (月経が始まった日から次の月経が始まる日までの日数) 日~ 日周期
- ・月経期間 日~ 日
- ・月経量 少ない ・ 普通 ・ 多い
- ・月経痛 なし ・ あり
- ・月経以外の出血 なし ・ あり

2. その他のお悩みについてお答えください

- ・おりもの (臭い) 異常なし ・ 異常あり
- ・おりもの (量) 異常なし ・ 異常あり
- ・おりもの (色) 異常なし ・ 異常あり
- ・かゆみ なし ・ あり
- ・下腹部痛 なし ・ あり
- ・頻尿、排尿痛 なし ・ あり
- ・その他 ()

3. 性交経験の有無

- なし ・ あり

4. 妊娠について

- 妊娠 () 回
- 分娩 () 回
- 流産 () 回

5. 今までにお薬もしくは麻酔でアレルギー症状がでたことはありますか？

- なし ・ あり
- ()

6. 普段から飲んでいるお薬もしくはサプリメントがある方は、下記にご記入ください

- なし ・ あり
- ()

7. 現在または今までにかかったことのある病気又は治療や手術がございますか？

- なし ・ あり
- ()

8. ダイレクトメールをお送りしてもよろしいですか？

- ・クリニック専用封筒 ・ 一般封筒 ・ いいえ

ご協力ありがとうございました。受付までお持ちください。

【アヴェニューウィメンズクリニック TEL 0120-766-649】