

女性

記入日	年 月 日
-----	-------

女性

氏名		年齢	歳
既往歴・現病歴	今までに病気になった又は現在治療中の病気がありましたら、該当するものに☑してください。 ☐なし ☐高血圧 ☐脂質異常症 ☐糖尿病 ☐腎疾患 ☐心疾患 ☐悪性腫瘍 ☐甲状腺疾患 ☐自己免疫性疾患 ☐精神疾患 ☐その他（ ）		
	現在、内服している薬があれば記入してください。		
食事	間食や甘い食べ物・飲み物は摂取していますか。（毎日・週2～3日・ほとんど摂取しない）		
	毎日朝食を食べていますか。（毎日・週2～3日・ほとんど摂取しない）		
睡眠	平均睡眠時間 時間 分	睡眠により疲労はとれていますか？（はい・いいえ）	
嗜好	喫煙（有・無）	有の場合	1日 本/ 年間 禁煙意思（有・無）
	飲酒（有・無）	有の場合	週 日
運動	している（週 日）・していない	運動内容 （ウォーキング・筋トレ等）	
ストレス	最近1か月のあなたの状態についてあてはまるもの全てにチェックをつけてください。 ☐イライラしている ☐疲れている ☐不安だ ☐ゆううつだ ☐悲しい ☐だるい ☐あてはまるものはない		
ペット	現在、自宅で猫を飼っていますか（はい・いいえ・今後飼育したいと考えている）		
月経	最終月経	令和 年 月 日～ 月 日	
	月経周期	日～ 日周期（順・不順） 継続日数 日間	
	※月経時の痛み・量や性交時の痛みについて、あてはまるところに○をつけてください。		
	月経時の痛み	痛みはない・痛みがある（日常生活への影響 有・無）	
	月経の量	少ない・普通・多い	性交時の痛み 痛みがある・痛みはない
子宮頸がん検診歴	検診を受けたことが（ある・ない）	HPV	ある ・ ない ・ 不明
	最終検診（予定） 年 月 結果の異常（有・無）	（子宮頸がん） ワクチン接種歴	
現在、月経や婦人科疾患に関することで気になる症状がございましたら記載してください。			