

再診（2回目以降）の患者さんへ

お名前 _____

診察券番号 _____

今日はどうなさいましたか？（当てはまるものがあればを○をつけて下さい）

前回受診して・・・

- ・ 来るように言われた ・ 検査結果を聞きにきた
- ・ 治療後の再検査を受けにきた ・ 前回と同じ薬を希望する
- ・ 前回と同じ症状が・・・続いている ・ また出現した

症状（ _____ ）

前回受診とは、別の症状・用件で・・・

・ 症状

生理の異常（不規則・無月経・生理痛・量が多い） 性器出血
おりもの 外陰部のかゆみ 性感染症 不妊
貧血 ストレス うつ 更年期症状 風邪 インフルエンザ？

・ 希望の検査、治療など

検査（妊娠検査 ・ がん検診 ・ ブライダルチェック ・ 性感染症）
避妊（低用量ピル・避妊リング） 緊急避妊(アフターピル)
生理日を移動 妊婦健診 プラセンタ療法 レーザー(永久)脱毛
ビタミンカクテル(ニンニク)注射 ピアス サプリメント検診・処方
各種予防接種（子宮頸がん予防ワクチン・インフルエンザワクチン・風疹ワクチン・B型肝炎ワクチン）

生理についてお聞かせください。

- ・ 最近の生理はいつでしたか？ 平成 年 月 日から 日間
- ・ 最近生理は・・・（規則的にくる・不規則・量が多い・痛みが強い）

当院では、皆様に子宮頸がん検診を定期的に受けて頂きたいと考えております

・ 子宮頸がん検診を受けたことがありますか？

いいえ ・ はい → いつでしたか？ 今年・去年・2年以上前

・ 本日、子宮頸がん検診を希望なさいますか？

受けない 保険が効くようなら受けない 本日は希望しない

電話番号、メールアドレスの変更がある場合、ご記入下さい。