(フリガナ)

お名前　　　　　　　　　　　　　　　年齢 満　　 　歳　身長　　　　cm　職業

①本日はどのようなことで受診されましたか?〇をつけてください。

1.子宮がん検診　(頚がん・体がん)

2.不妊相談

3.妊娠かどうか

妊娠検査はしていますか?　(はい・いいえ)　➡　妊娠検査した日:　　月　　日（陽性・陰性）

今後の希望　(分娩・迷っているまたは相談中・妊娠人工中絶)

妊娠人工中絶を希望した理由に〇をつけてください。(経済面・生活面・その他　　　　　　　　　　)

4.避妊相談

5.緊急避妊(性交日:　　月　　日)( 午前・午後　　　時頃)

6.性感染症の相談

7.月経症状の相談　(月経前症状・月経痛・月経量が多い・月経が不規則)

8.月経移動(次回月経予定日:　　月　　日、月経きてほしくない日:　　月　　日から　　月　　日)

9.ピルの希望　(避妊・月経症状の改善)

10.更年期障害

11.注射　(プラセンタ・ビオチン・ニンニク注射)

12.症状の悩み　(腹痛・陰部のかゆみ・陰部の痛み・陰部のできもの・尿が近い・残尿感・排尿時痛・貧血

その他　　　　　　　　　　　　　　　)  
13.アスリート血液検査

②子宮がん検診を受けたことありますか?　はい(頚がん:20　　年　 月、体がん:20　　年　　月)・いいえ

③結婚はされていますか?　(未婚・既婚・離別)

④妊娠されたことありますか?　はい(流産　　回、中絶　　回、普通分娩　　回、帝王切開　　回)・いいえ

⑤性交経験はありますか?(はい・いいえ)

⑥最後にあった月経を教えてください。　(　　月　　日)~(　　月　　日)、初潮　　歳、閉経　　歳

⑦婦人科疾患の指摘はありますか?　はい　(子宮筋腫・卵巣腫瘍・その他　　　　　　　　　　)・いいえ

⑧アレルギーはありますか?　はい(　　　　　　　　　　　　　　　)・いいえ

⑨たばこは吸いますか?　はい(1日　　本、　　歳から　　年間)・いいえ

⑩喘息と指摘されたことありますか?　(はい・いいえ)

これまでにかかった病気

宮の沢スマイルレディースクリニック　基本情報　　　　　　 　

(フリガナ)

お名前　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日(西暦)　　　　　　年　　月　　日

ご住所　〒( －　　　　)

電話番号： (自宅) 　　 (携帯)

メールアドレス：

宮の沢スマイルレディースクリニック 　アスリート血液検査 問診票・同意書

(フリガナ)

お名前

1. 基本のセットを必ず一つ選んでください。

□貧血基本セット　  
□アスリートベーシックセット(貧血セット＋全身の一般状態を検査できます)

1. 希望するオプションを選んでください。

□月経ホルモン (月経症状があれば検査をオススメします)

□テストステロン (男性ホルモンですが、女性も分泌されています)

□貧血精査 (慢性的な貧血があれば検査をオススメします)

□亜鉛 (強い疲労感があれば検査をオススメします)

□甲状腺ホルモン (慢性的なむくみがあれば検査をオススメします)

1. 当てはまる症状があれば、チェックをお願いします。(症状があれば保険適用にできる項目もあります)

□倦怠感・疲労感　　□意欲の低下　　　□息切れ・動悸　　□むくみ　  
□寝つきが悪い　□途中で起きてしまう　□食欲低下　□下痢　　□便秘  
□月経不順　　□無月経　　□月経痛　　□月経量が多い

【注意事項】

・検査結果に対する専門的なアドバイスはないです。  
・あくまで検査のみです。ご自身のコンディション把握に活用してください。  
　※ただし、明らかな異常所見などで受診の必要性があれば結果で指示します。  
・検査結果は後日郵送します。  
　※封筒に、郵便物が届く住所を記載するようお願いします。

私は、アスリート血液検査を受けるにあたり、上記注意点を十分理解した上で、自由な意思に基づき、検査を受けることに同意します。

同意日時：（西暦）　　　　　　　年　　　　月　　　　日

同意者(御本人)：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　  
同意者(代諾者)：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※未成年の方などの場合