

ディナゲスト再診時チェックリスト

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

身長： _____ c m 体重： _____ k g

氏名 _____ (_____ 歳)

血圧： _____ / _____ mmHg

1.	最終月経開始日	<input type="checkbox"/> _____ 年 _____ 月 _____ 日から _____ 日間 <input type="checkbox"/> 無月経
2.	月経痛は軽くなっていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
3.	不正性器出血（月経以外の出血）がありますか	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
4.	出血が多くて困ることはありませんか	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
5.	現在、妊娠の可能性はありませんか	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
6.	現在の挙児希望がありますか	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
7.	その他、気になる症状などがあればお書きください。	

*定期的に子宮癌検診、乳癌検診、その他の健診も受けてください。