診察カード番号（ID）＿＿＿＿＿＿＿＿　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿　最終月経：＿＿＿＿年＿＿月＿＿日から＿＿日間

年　月		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
月経の出血																																
月経以外の出血																																
ナプキン																																
1																																
5																																
20																																
タンポン																																
1																																
5																																
10																																
1	2cm 大の かたまり																															
5	3cm 大の かたまり																															
計/日 （担当医記入欄）																																
腹痛（＋～＋＋＋）																																
腰痛（＋～＋＋＋）																																
その他の 痛み・症状	（　　）																															
	（　　）																															
痛み止めの 使用回数	薬名 （　　）																															
	薬名 （　　）																															
	薬名 （　　）																															