

初診・受付カード

(正確にご記入下さい)

(備考欄)

年 月 日

住所	〒(-)		
ふりがな	大・昭・平 年 月 日生		
氏名	(歳)		
自宅TEL	職 業		
携帯電話			

※診察の目的(○を付けて下さい)

- | | |
|---------------------------------------|--|
| ①妊娠検査
出産を希望する(当院で・他院で)
出産を希望しない | ⑩更年期障害
(のぼせ・めまい・冷え・肩こり) |
| ②生理不順 | ⑪不妊の相談 |
| ③出血 | ⑫避妊の相談 |
| ④生理の異常
(長引く・多い・少ない・痛む) | ⑬夫婦生活の相談 |
| ⑤腹痛・腰痛 | ⑭子宮癌の検査 |
| ⑥発熱 | ⑮性病の検査 |
| ⑦排尿の痛み、頻尿 | ⑯子供のかぜ・下痢など |
| ⑧帯下(こしけ・おりもの) | ⑰生理日の変更→ずらしたい期間
(/ ~ /) |
| ⑨外陰部のかゆみ・いたみ | ⑱その他 () |

※ご記入下さい。

初潮(才) 結婚(才) 体重(kg) 身長(cm)
周期(日型) 閉経(才)
最終月経 出血しやすい(はい・いいえ)
(月 日から 日間) 出産時の異常(あり・なし)
妊娠歴 じんましん(あり・なし)
(妊娠 回 そのうち分娩 回) 薬物アレルギー等(あり・なし)
中絶回数(回) 喫煙(あり 1日()本・なし)
流産回数(回) 飲酒(1日2合以上・2合以下)
血液型(A・B・AB・O型) 過去の病気等
Rh型(+・-) ()
B型肝炎(あり・なし) ()