

初診・受付カード

(正確にご記入下さい)

年 月 日

住 所	〒(-)		
ふりがな			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

②生理不順

③出 血

④生理の異常

(長引く・多い・少ない・痛む)

⑤腹痛・腰痛

⑥発 熱

⑦排尿の痛み、頻尿

⑧外陰部のかゆみ・いたみ・帯下

⑨更年期障害

(のぼせ・めまい・冷え・肩こり)

⑩不妊の相談

⑪避妊の相談

⑫夫婦生活の相談

⑬子宮癌の検査

⑭性病の検査

⑮生理日の変更→ずらしたい期間

(/ ~ /)

⑯性経験 有・無

⑰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

(月 日から 日間)

妊 娠 歴

(妊娠 回 そのうち分娩 回)

中絶回数 (回)

帝切回数 (回)

流産回数 (回)

血 液 型 (A ・ B ・ AB ・ O 型)

R h 型 (+ ・ -)

B型肝炎 (あり・なし)

出血しやすい (はい ・ いいえ)

出産時の異常 (あり ・ なし)

じんましん (あり ・ なし)

薬物アレルギー等 (あり ・ なし)

喫煙 (あり 1日 () 本 ・ なし)

飲酒 (1日2合以上 ・ 2合以下)

過去の病気等

()