

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出血

③生理の異常

()

※診断のために妊娠反応検査をする場合があります(自費)

④腹痛・腰痛

⑤排尿の痛み、頻尿

⑥外陰部のかゆみ・いたみ・おりもの

※女医希望の場合でもご希望に添えない場合があります

⑦更年期障害

(のぼせ・めまい・冷え・肩こり)

⑧不妊の相談

⑨避妊の相談

(緊急避妊・低用量ピル・その他)

⑩子宮癌の検査

⑪性病の検査

⑫生理日の変更→ずらしたい期間

(/ ~ /)

⑬予防接種

⑭その他 ()

※ご記入下さい。

初潮 (才) 結婚 (才) 身長 (cm) 体重 (kg)

周期 (日型) 閉経 (才) 性交経験 (あり・なし)

最終月経

(月 日から 月 日まで) 頭痛がおきやすい (はい・いいえ)

妊娠歴 ぜんそく (あり・なし)

妊娠 (回) アレルギー等 ()

普通分娩 (回) 帝切 (回) 喫煙(あり 1日()本・なし)

流産 (回) 中絶 (回) 通院歴・現在内服中のお薬など

出産時の異常 (あり・なし)

血液型 (型) Rh型 (+・-)

肝炎既往 (B型・C型)

(ex.精神疾患・高血圧など)