

初診・受付カード

(正確にご記入下さい)

森産婦人科

年 月 日

住所	〒()	職業	
ふりがな	大・昭・平 年 月 日生		
氏名	(歳)		
自宅TEL	当院を何で知られましたか。 インターネット 携帯(WEBサイト) 知人 広告・看板 電話帳 その他		
携帯電話			

※診察の目的(○を付けて下さい)

- | | |
|---|---|
| <p>①妊娠かどうか
家で妊娠反応を(した・してない)
月 日に(+・-)
→出産を希望する(他院で)
→出産を希望しない</p> <p>②生理不順・生理痛</p> <p>③出血</p> <p>④生理の異常
(長引く・多い・少ない・痛む)</p> <p>⑤下腹痛・腰痛</p> <p>⑥発熱</p> <p>⑦排尿時の痛み、頻尿、残尿感</p> <p>⑧帯下(こしけ・おりもの)</p> <p>⑨外陰部のかゆみ・いたみ</p> <p>⑩更年期障害
(のぼせ・めまい・冷え・肩こり・動悸)</p> | <p>⑪不妊の相談</p> <p>⑫緊急避妊希望・避妊の相談</p> <p>⑬夫婦生活の相談</p> <p>⑭子宮癌の検査</p> <p>⑮子宮筋腫・内膜症・卵巣腫瘍の検査</p> <p>⑯乳癌検査</p> <p>⑰性病の検査</p> <p>⑱特定健診・ブライダルチェック</p> <p>⑲生理日の変更 → 生理を止めたい期間
(/ ~ /)</p> <p>⑳その他</p> <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%; margin-top: 10px;"></div> |
|---|---|

※下記も正確にご記入下さい

初潮(歳)	閉経(歳)	体重(kg)	身長(cm)
未婚(性交渉: あり・なし)		結婚(初婚・再婚・離婚)	
最終月経 (月 日から 日間)	出産時の異常	(あり・なし)	
月経周期 (日型)	喘息	(あり・なし)	
妊娠歴 (妊娠 回 そのうち分娩 回)	じんましん	(あり・なし)	
中絶回数(回)	薬物アレルギー等	(あり・なし)	
流産回数(回)	喫煙	(あり 1日()本・なし)	
血液型 (A・B・AB・O)	過去の病気・現在治療中の病気(できれば薬名)		
Rh型 (+・-)			
B型肝炎 (あり・なし)			