

初診・受付カード

(正確にご記入下さい)



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。	
携帯電話		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	

※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
→考慮中</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月経前の不調(PMS・PMDD)</p> <p>⑥下腹痛・腰痛</p> <p>⑦発熱</p> <p>⑧排尿時の痛み、頻尿、残尿感</p> | <p>⑨更年期障害
(のぼせ・めまい・冷え・肩こり・動悸)</p> <p>⑩不妊の相談</p> <p>⑪緊急避妊希望・避妊の相談</p> <p>⑫夫婦生活の相談</p> <p>⑬子宮癌の検査</p> <p>⑭子宮筋腫・内膜症・卵巣腫瘍の検査</p> <p>⑮帯下(こしけ・おりもの)</p> <p>⑯外陰部のかゆみ・いたみ</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> |
|---|---|

※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) じんましん (あり・なし)

妊娠歴 (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) 過去の病気・現在治療中の病気(できれば薬名)

喘息 (あり・なし)