

初診・受付カード

住所			
電話		紹介者	
フリガナ		生年月日	
氏名		明・大・昭・平 年 月 日生(満 歳)	
最終月経 月 日～ 月 日 : 月経周期は () 日型 ・ 不整			
妊娠回数	回	分娩回数	自然分娩 回 帝王切開 回 その他 回
内診のため、妊娠歴のない方は性交の有無を教えてください (有 ・ 無)			
身長と体重を教えてください 身長 cm / 体重 kg			
今飲んでいるお薬はありますか? いいえ ・ はい (薬品名)			
手術を受けたことはありますか? いいえ ・ はい ()			
アレルギーはありますか? いいえ ・ はい ()			
ぜんそくはありますか? いいえ ・ はい ()			
その他(出血しやすい・大きな病気・注射、薬での異常・じん麻疹・体質異常・)			
お産経験者の方: お産での異常などはありましたか? いいえ ・ はい			

来院の理由を教えてください(○をつけてください)

- ①妊娠かどうか……a)分娩希望 b)中絶希望 c)考え中
- ②生理について……a)不規則 b)生理がこない c)生理痛 d)生理の量 e)その他
- ③子宮筋腫・卵巣のう腫
- ④出血・貧血
- ⑤腹痛(下痢、吐気はある・ない)
- ⑥排尿痛・残尿感
- ⑦ちつ・外陰部の異常(帯下・おりもの・かゆみ・できもの・痛み)
- ⑧性病が心配
- ⑨不妊の相談
- ⑩夫婦生活の相談
- ⑪子宮ガンの検査
- ⑫更年期の相談
- ⑬骨粗鬆症の相談
- ⑭避妊の相談
- ⑮その他()

◇当院をどのようにお知りになりましたか?

- a)親、親類より紹介 b)友人からの紹介 c)ホームページ、ネット検索 d)駅看板
- e)電柱看板 f)その他 ()