


# 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   | 大・昭・平  |        |      |
| 氏名   | 男<br>女 | 年 月 日生 | ( 歳) |
|  TEL | 自宅     | - -    | 職業   |
|  | 携帯     | - -    | 紹介   |
| 里帰りの方はご実家のご住所  | 〒      | TEL    | - -  |
|  |        |        | 様方   |



## 診察の目的(○をつけて下さい)

- |                                     |                             |
|-------------------------------------|-----------------------------|
| ① 妊娠かどうか<br>・ 出産を希望する<br>・ 出産を希望しない | ⑨ 不妊の相談 (妊娠をしたい)            |
| ② 生理不順 (周期が長い・短い)                   | ⑩ 避妊の相談 (避妊をしたい)            |
| ③ 生理の異常<br>(長引く・多い・少ない・痛む)          | ⑪ 夫婦生活の相談                   |
| ④ 出血 (赤・ピンク・茶色)                     | ⑫ 生理予定日の変更                  |
| ⑤ 腹痛・腰痛                             | ⑬ 更年期障害<br>(のぼせ・めまい・冷え・肩こり) |
| ⑥ 外陰部のかゆみ・痛み                        | ⑭ 子宮がんの検査 (受診券 有・無)         |
| ⑦ 帯下 (こしけ・おりもの)                     | ⑮ 乳がんの検査 (触診のみ)             |
| ⑧ 排尿の痛み・頻尿                          | ⑯ 性病の検査                     |
|                                     | ⑰ その他                       |



## おたずね(必ずご記入下さい)

初潮  歳      生理の周期  日型

最終月経  月  日から  日間

閉経  歳

妊娠歴  回

( 正常分娩  回 ・ 帝王切開  )

( 中絶  回 ・ 流産  )

既婚 (結婚  歳) ・ 未婚

身長  cm ・ 体重  kg

血液型 (A・B・AB・O型) : 不明

Rh型 ( + ・ - ) : 不明

- ぜんそく・アレルギー (有・無)
- 薬・注射での異常 (有・無)
- 過去の病気・治療中の病気 (有・無)

※有に○をつけた方は、その他詳細をお書き下さい