

初診・受付カード

[問診用紙]

受診日： 年 月 日

フリガナ				生年月日 昭 年 月 日生 平 (歳)
氏名				未婚・既婚 既婚の方は ご結婚された時の年齢 (歳)
住所	〒 -			
ご自宅 TEL		緊急連絡先 TEL		
当医院からお電話させて頂く際の連絡先： ご自宅・緊急連絡先・その他 ()				
ご職業		ご紹介者のお名前		
身長/体重	身長： cm / 体重： Kg	最終月経	月 日から	日間

■ 診察の目的はなんですか？ (該当する項目に○印をつけて、必要事項のご記入をお願いします)

1. 妊娠かどうか

- ・出産を希望する
(当院にて・他院にて・まだわからない)
- ・出産を希望しない
- ・まだわからない

————— 過去の妊娠・出産に関する情報をご記入ください —————

<input type="checkbox"/> 妊娠歴 (妊娠 回 そのうち分娩 回)	<input type="checkbox"/> 中絶回数 (回)	<input type="checkbox"/> 流産回数 (回)
<input type="checkbox"/> 前回 妊娠中・分娩中に異常はありましたか？ 有・無 (あった方は内容をご記入ください：)		
<input type="checkbox"/> ご家族に妊娠・出産時に異常があった方はおられますか？ 有・無 (あった方は内容をご記入ください：)		

2. 出血

3. 生理の異常 (不順・長引く・多い・少ない・痛み)

4. 生理予定日をずらしたい

5. 腹痛・腰痛

6. 帯下 (こしけ・おりもの)

7. 外陰部の かゆみ・痛み

8. 更年期障害 (のぼせ・めまい・冷え・肩こり)

9. 避妊の相談

10. 夫婦生活の相談

11. 子宮がん検査

12. 性病の相談

13. 排尿の 痛み・頻尿

14. その他

--