

初診・受付カード

◆診察の参考にさせていただきますので、お手数ですが、ご記入をお願い致します。

受診日 年 月 日

ご住所	〒 _____		
ふりがな		旧姓	生年月日
ご氏名			S ・ H ・ R 年 月 日 () 歳
連絡先	Tell : _____		
緊急連絡先	Tell : _____ 続柄 () ※必ずご記入下さい		
ご職業			

◆現在の状況をご記入ください。

- 体重 () kg 身長 () cm ○婚姻の有無： 未婚 ・ 既婚
 ○初潮：() 歳 結婚された時の年齢 () 歳
 ○最終月経：(月 日から 日間) ⇒ 規則的 (日周期) ・ 不規則
 ○性交の経験： 有 ・ 無

◆診察の目的をご記入ください。(番号に○をつけてください。)

- 妊娠かどうか
- 不正出血
- 市販の妊娠検査薬の使用： 無 ・ 有
- 生理の異常 (生理不順 ・ 出血が多い ・ 生理痛が強い)
- 妊娠の継続： 希望する 希望しない まだ分からない
- おりものの異常 (量が多い ・ いつもと色が違う ・ 臭いが強い)
- 希望すると答えた方のみお答えください。
- 外陰部のかゆみや痛み
- 出産場所について：当院にて希望 他院にて希望 まだ分からない
- 更年期障害
- 性交の経験： 有 ・ 無
- ピルの相談 (低用量 ・ 緊急 ・ 生理日変更)
- 不妊について
- 子宮がん検診
- 性病の相談
- 過去の妊娠歴
- 排尿時の痛み・頻尿
- 妊娠 回⇒そのうち分娩 回
- 他院で指摘された ()
- 中絶 回/流産 回
- その他

年	月	週数	出生体重	男 女	経膈 帝王切開	当院 他院

※妊娠・出産時の異常 無 ・ 有

→ 有 と答えた方のみお答えください。

出血多量 ・ 切迫流早産 ・ 緊急帝王切開 意識消失 ・ 輸血 ・ その他 ()
--

--