

初診・受付カード

(正確に御記入ください)

年 月 日

| | | | |
|---------------|---------|-----|------------|
| 住 所 | 〒 市 区 町 | | |
| | | | |
| (ふりがな) 氏 名 | | 昭・平 | 年 月 日生(才) |
| T E L | (自宅) | 紹介者 | |
| (連絡先) | (携帯) | | |

※必ずご記入ください。

| | | |
|-------------------|----------------------|------------------|
| 1 最終月経 (月 日～ 日間) | 初経(才) | 閉経 (才) |
| 2 特異体質 無・有 | ①喘息 | 月経周期(日) |
| | ②薬剤アレルギー(薬名) | () |
| | ③食事アレルギー() | () |
| | ④その他() | () |
| 3 これまでかかった病気 | 高血圧() 糖尿病() 緑内障() | 産婦人科疾患() その他() |
| | 手術 () | () |
| 4 未婚・既婚 | 夫(才) | 結婚年齢(才) |
| 5 分娩回数(回) | 流産(回) | 中絶(回) |
| 6 性交渉経験 | 有 無 | |

診察の目的 (○をつけてください)

妊娠をご希望の方は別途問診票がございます

- (1) ブライダルチェック
- (2) 生理の状況
 A 長びく 多い 少ない
 B 生理痛： 重い 軽い 無し
 C 生理不順 D 不正出血
- (3) 腹痛
 ・ 慢性 急性
 ・ いつから ()
 ・ 鈍痛 キリキリ痛む その他の痛み
 ・ 痛む場所
 右腹部 左腹部 下腹部 その他
- (4) 帯下
 ・ おりもの ・ 痛み ・ かゆみ ()
 ・ 量 () ・ 色 ()

(5) 妊娠かどうか知りたい

*市販薬でテストした日付と結果をご記入
 ください。(/) 結果(+・-)
(当院では分娩をしております)

- (6) 更年期 ()
- (7) ピル
- (8) 緊急避妊薬
- (9) 子宮癌
- (10) 生理調整
 生理を避けたい期間 (月 日～ 月 日)
- (11) 精液検査
- (12) その他