

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) プライダルチェック
(ご希望のコースに☑してください)
□簡易 □ベーシック □フルパッケージ
- (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