

初診 受付カード

受付日 年 月 日

フリガナ	生年月日			職業
氏名	明・大・昭・平 年 月 日生(歳)			
現住所	〒	TEL	-	-
		携帯電話	-	-
※住民票の住所と現住所が異なる場合は下記にお書きください。		※緊急連絡先		
〒		氏名	-	継柄
		TEL	-	-
ご実家の住所				
〒		TEL	-	-
		様方		

① 今日はどうなされましたか？ あてはまるものに☑をつけて下さい。

- 妊娠しているか調べてほしい
 →妊娠検査薬で検査しましたか？ いいえ はい(検査日 月 日・結果 + -)
 →妊娠している場合、どうされたいですか？ 妊娠継続 中絶希望 検討中
 月経がない 不正出血 おりもの かゆみ がん検診
 子供がほしい・不妊相談 避妊相談(緊急避妊/低用量ピル/避妊リング)
 月経調整(月経が来てほしくない期間は？ 月 日から 月 日まで)
 その他()

② お産は何回しましたか？

分娩時期	出生体重(週数)	性別	分娩経過	病院名
S・H 年 月	g(週)		経膈/帝王切開	
S・H 年 月	g(週)		経膈/帝王切開	
S・H 年 月	g(週)		経膈/帝王切開	
S・H 年 月	g(週)		経膈/帝王切開	

③ 最後にあった月経は何月何日から何日間ありましたか？

(/ ~ /) (閉経 才)

④ 今までに子宮がん検診を受けたことがありますか？

- いいえ
 はい：いつ頃()
 どこで受けましたか？() 結果()

⑤ 今まで手術や大きな病気をされたことがありますか？

()

⑥ アレルギーはありますか？あてはまるものに○をつけて下さい。

・ぜんそく ・花粉症 ・食物、薬物アレルギー ・アトピー性皮膚炎

⑦ 結婚について

結婚年月日： 年 月 日
 未婚：入籍予定 あり(年 月 日) ・ なし
 再婚： 歳

※性交渉(セックス)の経験はありますか？ あり ・ なし