

初診・受付カード

年 月 日

住所	〒(-)		
ふりがな	大・昭・平 年 月 日生		
御氏名	(歳)		
自宅TEL	-	-	御職業
携帯電話	-	-	

※診察の目的
(○を付けて下さい)

- ①妊娠について
 - 市販薬で検査 した・しない
 - 基礎体温をつけて いる・いない
 - 出産を希望する
 - 出産を希望しない
- ②月経不順
(出たりやんだり・定まっていない)
- ③不正出血(性交後出血)
- ④月経の異常
(痛みが強い・固まりが出る)
- ⑤月経前症状(月経前後にイライラする など)
- ⑥腹痛
- ⑦腰痛
- ⑧排尿の痛み、頻尿
- ⑨帯下(こしけ・おりもの)
- ⑩外陰部の症状(かゆみ・いたみ)

- ⑪更年期障害(のぼせ・めまい・冷え 等)
- ⑫不妊の相談
- ⑬性感染症かもしれない
- ⑭その他

自費項目
<ul style="list-style-type: none"> ・月経日の変更 出血を避けたい期間 (/ ~ /) ・避妊の相談 ・その他

※ご記入下さい

初経(歳) 結婚(歳) 閉経(歳)

最終月経(一番最近の月経がはじまった日)

月 日から 月 日まで(日間)

月経周期(月経の始まる日から次回月経の始まる日までの期間)

ほぼ 日型

月経の様子

固まり である・でない

月経痛 なし・あり 痛み止めを飲む(効く・効かない)(市販薬)

飲みたいが、がまんする

妊娠歴 妊娠 回(そのうち正常分娩 回・帝王切開 回)

最終分娩 歳 出産時の異常(なし・あり)

流産回数 回 / 中絶回数 回 (その他 子宮外妊娠 / 死産 等)

輸血歴(なし・あり) 肝炎既往(なし・あり...B型 / C型)

血液型(A・B・O・AB) Rh型(+ ・ -)

薬物アレルギー等(なし・あり)

飲酒(なし・あり 1日 合)

喫煙歴(なし・あり 歳から1日 本 / 禁煙した)

その他過去の既往(病気)等