

初診・受付カード

ふりがな

氏名 _____

記入日 _____年 _____月 _____日

生年月日	年 _____月 _____日	保険の種類	社会保険・国民健康保険・自費・その他(_____)
住所	〒 _____		
携帯電話番号	_____	自宅電話番号	_____

受診された目的をお選びください					
分娩希望 (当院・里帰り・未定)	妊娠かどうか	月経不順	月経痛が強い	月経量が多い	
月経以外で出血がある	避妊の相談	お腹が痛い	外陰部のかゆみ	おりものが多い	更年期症状
頻尿、残尿感、排尿時痛	不妊相談	乳腺炎	病気の定期検診 病名: _____		
性感染症の心配	月経の移動	子宮がん検診	プレコンセプションケア (ブライダルチェック)		
その他 (_____)					

身長	_____ cm	体重	_____ kg	喫煙	無・有(1日 _____本)	結婚	している・していない
最終月経	_____年 _____月 _____日から _____日間、_____日周期、順・不順 (初経 _____歳、閉経 _____歳)						
月経量	少・中・多	月経痛	なし・弱・中・強			性交渉の経験	なし・あり

今までに通院や手術をされた病気はありますか	なし・あり(_____)
現在、通院されている病気はありますか	なし・あり(_____)
現在、使用しているお薬はありますか	なし・あり(_____)
薬・食品やその他のアレルギーはありますか	なし・あり(_____)

これまでの妊娠・分娩歴をご記入ください				病院名	妊娠経過の異常	
1	年 _____月 _____	妊娠 _____週	出産(正常・吸引・鉗子・帝王切開) 流産・中絶		なし・あり	男・女 g
2	年 _____月 _____	妊娠 _____週	出産(正常・吸引・鉗子・帝王切開) 流産・中絶		なし・あり	男・女 g
3	年 _____月 _____	妊娠 _____週	出産(正常・吸引・鉗子・帝王切開) 流産・中絶		なし・あり	男・女 g
4	年 _____月 _____	妊娠 _____週	出産(正常・吸引・鉗子・帝王切開) 流産・中絶		なし・あり	男・女 g
5	年 _____月 _____	妊娠 _____週	出産(正常・吸引・鉗子・帝王切開) 流産・中絶		なし・あり	男・女 g