

初診・受付カード (正確にご記入下さい)

年 月 日

住所	〒		
ふりがな	大・昭・平		
氏名	年 月 日 (歳)		
	※戸籍に登録されている字でご記入下さい		
TEL	自宅	—	職業
	携帯	—	紹介
里帰りの方	ご実家のご住所	〒	TEL

診察目的 (○をつけて下さい)

- 妊娠かどうか ()
 - ・ 出産を希望する
 - ・ 出産を希望しない
- 生理不順 (周期が長い・短い)
- 生理の異常 (長引く・多い・少ない・痛む)
- 出血 (赤・ピンク・茶色)
- 腹痛・腰痛
- 外陰部のかゆみ・痛み
- 帯下 (こしけ・おりもの)
- 排尿の痛み・頻尿
- 不妊の相談 (妊娠をしたい)
- 避妊の相談 (避妊をしたい・アフターピル)
- 夫婦生活の相談
- 生理予定日の変更
- 更年期障害 (のぼせ・めまい・冷え・肩こり)
- 子宮がんの検査 (受診券 有・無)
- 乳がんの検査 (触診のみ)
- 性病の検査
- その他 ()

おたずね (必ずご記入下さい)

初潮	歳
最終月経	月 日から 日間
生理の周期	日型
閉経	歳
妊娠歴	回
(正常分娩 回・帝王切開 回) (中絶 回・流産 回)	
既婚 (結婚 歳)	・ 未婚
身長	cm
体重	kg
血液型 (A・B・O・AB・不明)	
Rh型 (+ ・ -)	
ぜんそく・アレルギー (有・無)	
薬・注射での異常 (有・無)	
過去の病気・治療中の病気 (有・無)	
(有に○をつけた方は、詳細をご記入下さい)	

がん検診を受けられる方のみご回答下さい

・ 今回の検診は何回目ですか (初回・2回・3回・4回・5回以上)
・ 過去6ヶ月以内の不正出血はありましたか (無 ・ 有)
・ ホルモン剤を使用したことがありますか (無 ・ 有:種類 ・ 期間)
・ 婦人科系の病気にかかったことはありますか (無 ・ 有)
有と答えた方 (歳の時、病名)