

初めて受診を受けられる方へ  
For The First Visit

お名前

Name: \_\_\_\_\_

生年月日

Date of Birth: \_\_\_\_\_

ご住所

Address: \_\_\_\_\_

電話(自宅)

Phone-number:(Home) \_\_\_\_\_

(会社)

Office \_\_\_\_\_

来院された目的

Purpose of Your Visit \_\_\_\_\_

産婦人科受診の方へ

Attention OB/ GYN Patients:

最終月経日

The period of Last Menstruation

月 日より 月 日まで  
(From \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_ )

アレルギー 有 yes ( )

Drug Allergy 無 no

# 初診・受付カード

(正確にご記入ください)

年 月 日

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

※診察の目的  
(○を付けてください)

- |                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| ①妊娠検査<br>出産を希望する(当院で・他院で)<br>出産を希望しない | ⑩更年期障害<br>(のぼせ・めまい・冷え・肩こり)                       |
| ②生理不順                                 | ⑪不妊の相談   |
| ③出血                                   | ⑫避妊の相談   |
| ④生理の異常<br>(長引く・多い・少ない・痛む)             | ⑬夫婦生活の相談   |
| ⑤腹痛・腰痛                                | ⑭子宮癌の検査  |
| ⑥発熱                                   | ⑮乳癌の検査   |
| ⑦排尿の痛み、頻尿                             | ⑯性病の検査   |
| ⑧帯下(こしけ・おりもの)                         | ⑰子供のかぜ・下痢など                                      |
| ⑨外陰部のかゆみ・いたみ                          | ⑱生理日の変更→ずらしたい期間<br>(      /      ~      /      ) |
|                                       | ⑲その他 (      )                                    |

※ご記入ください。

初潮(      才) 結婚(      才) 体重(      kg) 身長(      cm)  
 周期(      日型) 閉経(      才)  
 最終月経      出血しやすい (はい・いいえ)  
 (      月      日から      日間) 出産時の異常 (あり・なし)  
 妊娠歴      じんましん (あり・なし)  
 (妊娠      回 そのうち分娩      回) 薬物アレルギー等 (あり・なし)  
 中絶回数(      回) 喫煙(あり 1日(      )本・なし)  
 流産回数(      回) 飲酒 (1日2合以上・2合以下)  
 血液型(A・B・AB・O型) 過去の病気等  
 Rh 型(+・-) [      ]  
 B型肝炎(あり・なし)