

初 診 受 付 用 紙

□には✓をご記入下さい。

平成 年 月 日

ふりがな		生年月日	□大正 □昭和 □平成
氏名		年齢	年 月 日(歳)
住所	〒		
電話番号	() -	結婚	□有(歳の時) □無 □離婚
本人の携帯番号	() -	本人職業	
夫の氏名	(歳)	夫の職業	

□には✓をご記入下さい。

今回の診察の目的	<input type="checkbox"/> 下腹部痛 <input type="checkbox"/> かゆみがある <input type="checkbox"/> 不妊相談	<input type="checkbox"/> 出血がある <input type="checkbox"/> 子宮がん検診希望 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> おりものが多い <input type="checkbox"/> 妊娠かどうか
内診による診察	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 性経験(あり・なし)	
最終月経	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日まで		
普段の月経の周期	<input type="checkbox"/> 整(日型)	<input type="checkbox"/> 不整(日~ 日)	<input type="checkbox"/> 閉経 (歳)
もし妊娠の場合	<input type="checkbox"/> 出産を希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない	
出産希望の場合	<input type="checkbox"/> 当院で出産する	<input type="checkbox"/> その他	
今までにかかったことのある病気	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 肝臓の病気 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 腎臓の病気	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 甲状腺の病気 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 心臓の病気
今までに手術を受けたことがありますか? □ない □ある いつ、どんな手術をうけましたか? ()			
アレルギーはありますか? □ない □ある 薬のアレルギーはありますか? □ない □ある 何が原因で、アレルギーがでますか? ()			

今までの妊娠	回		出産		回		流産		回		中絶		回	
	出産年月日	妊娠週数	体 重	男・女	健・否	妊娠中の状態	分娩の状態	施 設 名						
1			g			正常・異常	自然・帝王切開							
2			g			正常・異常	自然・帝王切開							
3			g			正常・異常	自然・帝王切開							
4			g			正常・異常	自然・帝王切開							

ご紹介頂いた方の氏名

様