初診・受付カード

年　　月　　日　　カルテＩＤ：

住所	〒（　　－　　）		
ふりがな		生年月日	大・昭・平　　年　　月　　日生（　　歳）
氏名		職業	本人：　　夫：
自宅ＴＥＬ		緊急連絡先	住所：
携帯電話			ＴＥＬ：

＜診察目的＞

①妊娠検査
　出産を希望する（当院で・他院で）
　出産を希望しない
②生理不順
③不正出血
④生理の異常
　（長引く・多い・少ない・痛む）
⑤腹痛・腰痛
⑥排尿の痛み
⑦おりもの
⑧外陰部のかゆみ・痛み
⑨更年期障害
　（のぼせ・めまい・冷え・肩こり）
⑩不妊の相談
⑪避妊の相談
⑫アフターピル
⑬子宮癌検査（クーポン：有・無し・自宅に有）
⑭性病の検査
⑮生理日の変更（　　／　　～　　／　　）
⑯その他（　　）

＜ご記入下さい＞

身長（　　ｃｍ）　非妊時体重（　　kg）　本日の体重（　　kg）血圧（　　／　　）

結婚（　　歳）　初潮（　　歳）　閉経（　　歳）　男性経験（　有・無）
生理周期（規則的　　日型・不規則）　最終月経（　　月　　日から　　日間）
妊娠歴（妊娠　　回そのうち分娩　　回・流産　　回・中絶　　回）　出産予定日（　　／　　）

分娩年月日	週数	性別	体重	児の健・否	分娩様式	分娩施設名
年　　月　　日			g	健・否	正常・吸引・帝王切開	
年　　月　　日			g	健・否	正常・吸引・帝王切開	
年　　月　　日			g	健・否	正常・吸引・帝王切開	
年　　月　　日			g	健・否	正常・吸引・帝王切開	

血液型（Ａ・Ｂ・ＡＢ・Ｏ型）
Ｒｈ　（＋・－）
喫煙　（あり１日（　　）本・なし）
飲酒　（あり・なし）
出血しやすい（はい・いいえ）
現在内服中の薬（あり（　　）・なし）
過去の病気等

じんましん　（あり・なし）
ぜんそく　（あり・なし）
薬物アレルギー（あり（　　）・なし）
食物アレルギー（あり（　　）・なし）
不妊治療歴　（あり・なし）

の他（　　）

大橋産婦人科クリニック