

初診・受付カード

年 月 日

氏名	フリガナ	生年月日	年 月 日生 才
住所	〒 -	身長	cm 体重 kg
電話	携帯: - - 自宅: - -	職業	最終受診日 年 月 頃

最近の生理: 月 日より 日間 (ひとつ前の生理: 月 日より 日間)  
 過去の妊娠 回 出産 回 異常妊娠歴 無/有 閉経 才  
 タバコ: 本/日 アルコール: 飲む/飲まない 常用薬 サプリ: 無/有  
 アレルギー: 無/有 (食品・薬・金属・花粉症・喘息・その他のアレルギー)  
 治療中の病気: 無/有 過去の病気: 無/有 過去に受けた手術: 無/有

☆ 診察の 目的や相談したいことだけ に ○ をつけてください。

- ① 生理について 遅れている ⑦ 生理以外の出血 多め・少なめ  
 生理痛がひどい・周期が不規則 ⑧ 避妊の相談 ピル / 緊急避妊  
 出血が多い/ 少ない/ 長い/ 短い ⑨ 生理の調節 止めたい期間:  
 いつもと違う ・ その他 月 日から 月 日まで
- ② 妊娠したい 妊娠検査を希望 ⑩ 尿の調子が悪い 頻尿 排尿痛  
 (出産を希望する・希望しない・未定) ⑪ 更年期の相談
- ③ 腹痛 (上部・下部・右・左・全体) ⑫ 子宮頸がん検診 体がん検診  
 卵巣がん検診 その他のがん検診
- ④ 他の痛み (陰部・頭・胸・その他) ⑬ 特定健診 健康診断 プライダルチェック
- ⑤ おりもの (多い・臭い・色・その他) ⑭ 性感染症の検査
- ⑥ かゆみ できもの 発疹 ⑮ 子宮内膜症・子宮筋腫の相談  
 (外陰・顔・腹・胸・手・足・他) ⑯ 他院で婦人科受診を勧められた。
- その他 (ご相談を下に書いてください。)