

初診・受付カード（正確にご記入下さい）

年 月 日

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



診察目的（○をつけて下さい）

- 1 妊娠かどうか
 - ・ 出産を希望する
 - ・ 出産を希望しない
- ※ 市販妊娠検査薬実施日 (/) (+ ・ -)
- 2 生理不順（周期が長い・短い）
- 3 生理の異常（長引く・多い・少ない・痛む）
- 4 出血（赤・ピンク・茶色）
- 5 腹痛・腰痛
- 6 外陰部のかゆみ・痛み
- 7 帯下（こしけ・おりもの）
- 8 排尿の痛み・頻尿
- 9 不妊の相談（妊娠をしたい）
- 10 避妊の相談（避妊をしたい・アフターピル）
- 11 夫婦生活の相談
- 12 生理予定日の変更
- 13 更年期障害（のぼせ・めまい・冷え・肩こり）
- 14 子宮がんの検査（受診券 有・無）
- 15 乳がんの検査（当院は触診のみとなります）
- 16 性病の検査
- 17 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（順・不順）
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)	



子宮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 ）
・ 子宮頸がんワクチン接種歴（無・有） 有と答えた方 [種類] ガーダシル ・ サーバリックス ・ 不明 [回数] 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 不明