初診受付票

令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 住　所 | 〒（　　　-　　　　） | | | | |
| ふりがな  氏　名 |  | | 大・昭和・平成　　　　年　　　月　　　日生  （　　　）歳　・既婚（　　　）歳の時結婚  ・未婚　性交渉（　ある　・　なし　） | | |
| 自宅電話 |  | | 携帯電話 |  | |
| ご職業 |  | | 血液型(○をつけて下さい) | | A・B・O・AB型　Rh（＋　－） |
| 当院をなにでお知りになりましたか？ | | ①HP　②近所　③広告・看板　④紹介(知人・家族・医院・その他：　　　　　　)  ⑤口コミ　⑥その他（　　　　　　　　　　） | | | |

本日はどのような理由で受診をされましたか？（以下の項目に○をつけてください）

|  |  |
| --- | --- |
| ①妊娠検査　検査薬：　　月　　日 （　＋　・　－　）  ○出産を希望する（ 当院・他院 ）  分娩予定日：　　　　年　　　月　　　日  ○出産を希望しない  ②生理不順  ③不正出血　（　　月　　日～ ）  ④生理の異常(長引く・多い・少ない・痛む・不順)  ⑤腹痛・腰痛  ⑥発熱  ⑦排尿の痛み・頻尿・尿漏れ・血尿  ⑧帯下（こしけ・おりもの）  ⑨外陰部のかゆみ・痛み | ⑩更年期障害(のぼせ・めまい・冷え・肩こり・動悸)  ⑪不妊の相談  ⑫避妊の相談  ⑬避妊の失敗（アフターピル処方）  ⑭夫婦生活の相談  ⑮子宮がんの検査 （　頸部・体部　）  ⑯性病の検査  ⑰生理日の変更  ※避けたい期間（　　月　　　日～　　月　　　日）  ⑱その他  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

※ご記入ください

最終月経　　　月　　　日より（　　）日間　月経周期（　　　）日型（順・不順）　初潮（　　　　）歳

閉経（　　　　）歳　　　身長（　　　　）㎝　現在の体重（　　　　）㎏　妊娠前の体重（　　　　）㎏

今までの妊娠経過を順番にご記入ください。妊娠歴（　　　）回、そのうち分娩回数（　　　）回

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | 週数 | 流産 | 分娩 | 理由 | 性別 | 出生体重 | 経過中の  異常 | 施設名 |
| ① | 年　　月 | 週 | 自然・人工 | 経腟（誘発・促進・吸引）/ 帝切 |  | 男・女 | g |  |  |
| ② | 年　　月 | 週 | 自然・人工 | 経腟（誘発・促進・吸引）/ 帝切 |  | 男・女 | g |  |  |
| ③ | 年　　月 | 週 | 自然・人工 | 経腟（誘発・促進・吸引）/ 帝切 |  | 男・女 | g |  |  |
| ④ | 年　　月 | 週 | 自然・人工 | 経腟（誘発・促進・吸引）/ 帝切 |  | 男・女 | g |  |  |
| ⑤ | 年　　月 | 週 | 自然・人工 | 経腟（誘発・促進・吸引）/ 帝切 |  | 男・女 | g |  |  |
| ⑥ | 年　　月 | 週 | 自然・人工 | 経腟（誘発・促進・吸引）/ 帝切 |  | 男・女 | g |  |  |
| ※今回の妊娠成立→（自然妊娠・不妊治療後の妊娠）　　　　　　　　　　　子宮外妊娠の経験→無・有（　　　回） | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| B型・C型肝炎（なし・あり） | 輸血経験（なし・あり） | | 過去の病気（あり　　　　　　　　　　なし　） |
| じんましん（なし・あり） | 喘息（なし・あり） | | 服用中の薬  （　あり　　　　　　　　　　　　　　なし　　　） |
| アレルギー（なし・あり→薬剤・食事・花粉・他：　　　　　　）症状： | | | |
| 喫煙（なし・あり→　　　本/日） | | 飲酒(なし・あり→量：　　　　ml/日、種類：　　　　　　) | |