

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 <small>(○をつけて下さい)</small>	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	⑩更年期障害(のぼせ・めまい・冷え・肩こり・動悸)
②生理不順	⑪不妊の相談
③不正出血 (月 日～)	⑫避妊の相談
④生理の異常(長引く・多い・少ない・痛む・不順)	⑬避妊の失敗(アフターピル処方)
⑤腹痛・腰痛	⑭夫婦生活の相談
⑥発熱	⑮子宮がんの検査 (頸部・体部)
⑦排尿の痛み・頻尿・尿漏れ・血尿	⑯性病の検査
⑧帯下(こしけ・おりもの)	⑰生理日の変更 ※避けたい期間 (月 日～ 月 日)
⑨外陰部のかゆみ・痛み	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 () cm 現在の体重 () kg 妊娠前の体重 () kg

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	経膈(誘発・促進・吸引) / 帝切		男・女	g		
②	年 月 週	自然・人工	経膈(誘発・促進・吸引) / 帝切		男・女	g		
③	年 月 週	自然・人工	経膈(誘発・促進・吸引) / 帝切		男・女	g		
④	年 月 週	自然・人工	経膈(誘発・促進・吸引) / 帝切		男・女	g		
⑤	年 月 週	自然・人工	経膈(誘発・促進・吸引) / 帝切		男・女	g		
⑥	年 月 週	自然・人工	経膈(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：)	