

# 初 診 受 付 用 紙

□には✓をご記入下さい。

平成 年 月 日

ふりがな		生年月日	□大正 □昭和 □平成
氏名		年齢	年 月 日( 歳)
住所	〒		
電話番号	( ) -	結 婚	□有( 歳の時) □無 □離婚
本人の携帯番号	( ) -	本人職業	
夫の氏名	( 歳)	夫の職業	

□には✓をご記入下さい。

今回の診察の目的	<input type="checkbox"/> 下腹部痛 <input type="checkbox"/> かゆみがある <input type="checkbox"/> 不妊相談	<input type="checkbox"/> 出血がある <input type="checkbox"/> 子宮がん検診希望 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> おりものが多い <input type="checkbox"/> 妊娠かどうか
内診による診察	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 性経験(あり・なし)	
最終月経	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日まで		
普段の月経の周期	<input type="checkbox"/> 整( 日型)	<input type="checkbox"/> 不整( 日~ 日)	<input type="checkbox"/> 閉経 歳
もし妊娠の場合	<input type="checkbox"/> 出産を希望する <input type="checkbox"/> 希望しない		
出産希望の場合	<input type="checkbox"/> 当院で出産する <input type="checkbox"/> その他		
今までにかかったことのある病気	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 肝臓の病気 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 腎臓の病気	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 甲状腺の病気 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 心臓の病気
今までに手術を受けたことがありますか? <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある いつ、どんな手術を受けましたか? ( )			
アレルギーはありますか? <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 薬のアレルギーはありますか? <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 何が原因で、アレルギーがでますか? ( )			

今までの妊娠	回		出産		回		流産	回	中絶	回
	出産年月日	妊娠週数	体 重	男・女	健・否	妊娠中の状態	分娩の状態	施 設 名		
1			g			正常・異常	自然・帝王切開			
2			g			正常・異常	自然・帝王切開			
3			g			正常・異常	自然・帝王切開			
4			g			正常・異常	自然・帝王切開			

ご紹介頂いた方の氏名

様