

# 初診・受付カード

年 月 日

フリガナ		生年月日	
氏名		大・昭・平 年 月 日 (才)	
現住所 〒		電話番号	
住民票の住所は横須賀市ですか? はい・いいえ ( )		携帯番号	
身長	cm	最終月経	月 日 (順・不順) 日周期
体重	kg	量 : いつもと同じ・多い・少ない	閉経 才

## ◇診療の目的 (○をつけてください)

### 1. 妊娠かどうか

- ・市販の検査薬
- ・他院で分娩希望
- (+・-・調べていない)
- ・当院で分娩希望

調べた日 月 日 ・中絶希望

・今回の妊娠で他の病院にかかりましたか?

有 { 予定日 年 月 日  
紹介状 有・無  
無

・下記のような症状はありますか?

出血 いつから \_\_\_\_\_

腹痛 いつから \_\_\_\_\_

腰痛 いつから \_\_\_\_\_

無

2. 生理不順 : いつから \_\_\_\_\_

3. 出血 : いつから \_\_\_\_\_

4. 生理異常 : 長びく・多い・少ない・痛む  
いつから \_\_\_\_\_

5. 発熱 : いつから \_\_\_\_\_  
何度くらい \_\_\_\_\_ °C

6. 尿の異常 : いつから \_\_\_\_\_

頻尿 有・無 排尿時の痛み 有・無

残尿感 有・無

7. おりもの : 色 \_\_\_\_\_ 増量 : 有・無

8. かゆみ : いつから \_\_\_\_\_

以前にもこのような症状がありましたか?

はい 何といわれましたか? \_\_\_\_\_

いいえ \_\_\_\_\_

9. 痛み どの、いつから \_\_\_\_\_

10. 更年期障害 症状 \_\_\_\_\_

11. 不妊の相談

12. 避妊の相談

13. 夫婦生活の相談

14. がん検診 (郵送は横須賀市の市がん検診のみです)

検診結果郵送希望 する しない

15. 生理をずらしたい ( 月 日 ~ 月 日 を避けたい)

16. その他 \_\_\_\_\_

## ◇以下の質問にお答えください

### <お産の経験について>

有・無

・経産の方へ 出産回数 \_\_\_\_\_回

(出産年月) (出産時体重) (分娩時異常)

年 月 日 男・女 g 無・帝王切開・吸引・鉗子

年 月 日 男・女 g 無・帝王切開・吸引・鉗子

年 月 日 男・女 g 無・帝王切開・吸引・鉗子

年 月 日 男・女 g 無・帝王切開・吸引・鉗子

### <流産の経験について>

有・無

有に○をつけた方 : 回数 ( 回 ) いつ? \_\_\_\_\_

### <人口妊娠中絶の経験について>

有・無

有に○をつけた方 : 回数 ( 回 ) いつ? \_\_\_\_\_

### <今までに手術や大きな病気をしたことがありますか>

有・無

有に○をつけた方 : いつ、どんな病気ですか?

ぜん息・腎・肝・心臓・手術・他 ( )

### <アレルギーについて>

異常体質 : 有・無 / アトピー・花粉症・他 ( )

じんましん : 有・無 / どんな時 \_\_\_\_\_

出血しやすい、止まりにくい ; 有・無

薬の異常 : 有・無 / 薬の種類 \_\_\_\_\_

注射異常 : 有・無 / 注射の種類 \_\_\_\_\_

### <服用中の薬はありますか>

有・無

薬の種類 \_\_\_\_\_

### <結婚していますか>

既婚・未婚

### <未婚の方について>

性交渉の経験 : 有・無

### <基礎体温をつけていますか>

いない・いる

★当院をお知りになったきっかけは?

ホームページ・電話帳・知人 ( )

院前を通して・その他 ( )