

# 初診受付問診表

記入日 年 月 日

ふりがな			大正・昭和・平成	年
氏名	※戸籍名でお願いします		生年月日	月 日
住所	〒 -			
電話番号	【自宅】	- -	緊急連絡先	【氏名】
	【携帯】	- -		【携帯】
実家	※里帰り出産の方はご実家の住所・連絡先の記入をお願いします。			職業
	〒 -	TEL ( - - )		

●当院を何で知りましたか？

ホームページ・親族・友人・職場の同僚・近所・他院より紹介・その他 ( )

●今回の診察の目的に○をつけてください。

- |                        |                         |
|------------------------|-------------------------|
| ① 妊娠の確認 (市販薬検査日 / )    | ⑨ 排尿の痛み・頻尿              |
| (他院受診日 / 予定日 年 / )     | ⑩ 帯下(おりもの)の異常(色・におい)    |
| ② 出産希望(当院・他院・帰省先)      | ⑪ 外陰部のかゆみ・痛み            |
| →無痛分娩(希望する・しない)        | ⑫ 避妊の相談                 |
| ③ 出産を希望しない(中絶希望)       | ⑬ 性病の検査                 |
| ④ 性器からの出血              | ⑭ 子宮がん検査                |
| ⑤ 生理不順                 | ⑮ 更年期障害(のぼせ・めまい・冷え・肩こり) |
| ⑥ 腹痛・腰痛                | ⑯ 生理の変更(生理日をずらす)生理を止めた  |
| ⑦ 生理の異常(長引く・多い・少ない・痛む) | い期間( / ~ / )            |
| ⑧ 発熱                   | ⑰ その他( )                |

●以下をご記入ください-----

初潮 ( 歳) 結婚 ( 歳) 身長 ( cm) 体重 ( kg) BMI ( )  
 血液型 ( A・B・AB・O型 ) Rh ( +・- ) 喫煙 (あり1日 本・なし)  
 月経周期 ( 日~ 日型) 記入例 28日~32日型 飲酒 (1日2合以上・2合以下)  
 最終月経 ( 月 日~ 日間) 閉経 ( 歳) B型肝炎 (あり・なし)  
 妊娠歴 ( 妊娠 回そのうち分娩 回 中絶 回流産 回 )  
 出産時の異常 (あり【高血圧・切迫早産・出血多量】・なし) じんましん (あり・なし)  
 出血しやすい又は血が止まりにくい (はい・いいえ) 薬物アレルギー (あり・なし)  
 持病・過去に診断されたことのある病気・服用しているお薬

( )