|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | 生年月日 | | 昭和・平成・令和　　　年  月　　　日  　　　（　　　　　歳） | |
| 氏名 | ※戸籍名でお願いします | |
| 住所 | 〒　　　－ | | | | | |
| 電話番号 | 【自宅】　　　－　　　－ | 緊急  連絡先 | 続柄 | 【氏名】 | | |
| 【携帯】　　　－　　　－ |  | 【携帯】　　　－　　　－ | | |
| 実家 | 〒　　　－　　　　　　　　　　　　　TEL（　　　－　　　－　　　）  ※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 |
|  |

　●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（　　）**

**初診受付問診表**

記入日　　　年　　月　　日

●今回の診察の目的に〇をつけてください。

1. 妊娠の確認　（市販薬検査日　　/　　　）

（他院受診日　　/　予定日　　年　　/　　）

1. 出産希望（当院・他院・帰省先）

→無痛分娩（希望する・しない）

1. 出産を希望しない（中絶希望）
2. 性器からの出血
3. 生理不順
4. 腹痛・腰痛
5. 生理の異常（長引く・多い・少ない・痛む）
6. 発熱
7. 排尿の痛み・頻尿
8. 帯下（おりもの）の異常（色・におい）
9. 外陰部のかゆみ・痛み
10. 避妊の相談
11. 性病の検査
12. 子宮がん検査
13. 更年期障害（のぼせ・めまい・冷え・肩こり）
14. 生理の変更（生理日をずらす）生理を止めたい期間（　　/　　～　　/　　）
15. その他（　　　　　　　　　　）

**初潮**（　　歳）　**結婚**（　　歳）　**身長**（　　　㎝）　**体重**（　　㎏）**BMI**（　　　）

**血液型**（　A・B・AB・O型　）　**Rh**（　＋・－　）

**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）

**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）

**喘息**（あり　最終発作　　年　月　日・なし）　**喫煙**（あり歴　　年・1日　本・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・手術歴又は服用しているお薬**