

初診 受付カード

受付日 年 月 日

この初診カードへご記入され、受付へお渡し下さい。尚、診察の参考とさせていただきます。
出来るだけ正確にご記入をお願いします。

※太枠内に記入をお願いします。

フリガナ	
氏 名	
生年月日 大・昭・平 年 月 日生 (歳)	職業
現住所 〒	TEL - - 携帯 TEL - -
ご実家の住所 〒 (里帰りの方のみ記入)	TEL - - 様方

※入院中ですか? : はい・いいえ 病院名

※今日は紹介状をお持ちですか : はい・いいえ

※最後の生理 H 年 月 日 ~ 日間 ※閉経 才頃

今日はどうなされましたか? あてはまるものに○をつけて下さい。

- 1) 妊娠かどうか (市販妊娠検査薬が陽性と出た日 H 年 月 日)
 - ・分娩希望 初産・経産 (回目)
 - ・中絶希望
- 2) 里帰り分娩希望
- 3) 子宮がん検診希望
- 4) 検診で再検査の必要があると言われた (子宮がん検診)
- 5) 生理についての相談
 - ・生理不順
 - ・生理の出血異常 (多い・少ない)
 - ・生理の不快症状がある
- 6) 異常出血
- 7) おりものについて (多い・臭い)
- 8) 外陰部について (かゆみ・できもの・痛い)
- 9) 排尿時痛・頻尿・残尿感
- 10) 性病の検査
- 11) 避妊相談
- 12) 子供がほしい・不妊相談
- 13) 更年期障害について (のぼせ・冷え・肩こり・感情の変化・不眠など)
- 14) 助産師外来希望 (乳房トラブル・育児相談・その他
- 15) その他 :