

初診・受付カード

ふりがな		生年月日	年齢
氏名		大・昭・平 年 月 日	歳
住所	〒 -		
連絡先		携帯電話	

本日はどんな目的や症状で、来院されましたか？

- 妊娠 (分娩希望 中絶希望 検討中) 不妊の相談
- 生理不順 避妊の相談
- 出血 (日時:) 緊急避妊
- 生理の異常 (長引く 多い 少ない 痛む) 生理を遅らせたい (月 日から 日まで 日間)
- 腹痛・腰痛 子宮癌の検査
- 発熱 (°C) ブライダルチェック
- 排尿の痛み・頻尿 性病の検査
- 帯下 (こしけ おりもの) 再検査の通知が届いた ()
- 更年期障害 (のぼせ めまい 冷え 肩こり) その他 ()
- 外陰部のかゆみ・いたみ

お体についてお聞かせください。

- 最終月経 (月 日から 日間) 性交(セックス)の経験 (あり・なし)
- 閉経(月経の終わった方)はいつですか? (歳) お産の異常 (あり・なし)
- 妊娠歴(妊娠 回 そのうち分娩 回) アレルギー (あり・なし)
- 中絶回数 (回) 薬・注射での異常 (あり・なし)
- 流産回数 (回) 過去の病気 (あり・なし)
- 子宮頸がん検査: 年 月頃 (異常なし・異常あり) 上記でありと答えた方へ、病名をお答えください。
()

現在服用中のお薬 (あり・なし)

上記でありと答えた方へ、服用中のお薬名の御記入をお願いします

※お薬手帳が無ければ、わかる範囲でお願いします。

()



SAKAMOTO
LADIES CLINIC
And 坂本女性クリニック