初診・受付カード

住　所	〒(　　－　　)　都道府県　市郡　町区	
ふりがな		大・昭・平　年　月　日生（　歳）
氏　名		
自宅TEL		ご実家(里帰り分娩の方) 住所・TEL・氏名
携帯番号		

診察の目的（○をつけて下さい）

①妊娠検査
- 出産を希望する(当院で・他院で・検討中)
- 出産を希望しない
- 出産を検討中

市販の妊娠反応 有(陽性・陰性) 無

②生理不順
③出血
④生理の異常(長引く・多い・少ない・痛む)
⑤腹痛・腰痛
⑥発熱
⑦排尿の痛み、頻尿
⑧帯下(こしけ・おりもの)
⑨外陰部のかゆみ・痛み・できもの
⑩更年期障害(めまい・のぼせ・頭痛など)
⑪不妊の相談
⑫避妊の相談
⑬夫婦生活の相談
⑭子宮癌の検査
- ●頸癌の検査
- ●体癌の検査

⑮リング(除去・点検・交換・挿入)
⑯乳癌の検査
⑰性病の検査
⑱生理日の変更→ずらしたい期間
(　/　～　/　)
⑲その他
(　　)

ご記入ください

① 最終月経(前回の生理)
(　月　日～　月　日まで)
② 妊娠歴 (妊娠　回)
- 分娩　回・中絶　回
- 流産　回

＊妊娠初期内服薬(あり・なし)
③ 閉経　(　歳)
④ 性交歴　(あり・なし)
⑤ 喫煙　(あり 1日　本・なし)
⑥ 飲酒　(1日2合以上・2合以下)
⑦ 常用薬(あり〈　〉・なし)
⑦ 血液型 (A・B・AB・O型)
⑧ Rh型 (＋・－)
⑨ 体重 (　kg)・身長 (　cm)
⑩ 出血しやすい　(あり・なし)
⑪ 出産時の異常　(あり・なし)
⑫ 薬物アレルギー(あり〈　〉・なし)
食物アレルギー(あり〈　〉・なし)
⑬ 手術歴 (あり〈手術名:　〉・なし)
⑭ 輸血歴　(あり・なし)
⑮ 現在入院中　(はい・いいえ)

かかったことがある病気には○をつけて下さい。

・先天性異常 ・心臓 ・腎臓 ・肝臓(HBs抗原・抗体、HCV抗原・抗体) ・脳神経疾患
・免疫不全症 ・高血圧症 ・糖尿病 ・甲状腺疾患 ・眼疾患(緑内障)
・血液疾患 ・喘息 ・膠原病 ・遺伝病 ・整形外科疾患 ・その他

森永ドライミルク はぐくみ ペプチドミルク E赤ちゃん