

初診受付票

年 月 日

(保険証を添えてお出しください)

以下の質問にお答えください (○で囲むか、必要事項に記入してください)。

氏名	ふりがな	女	ケイタイ TEL	
			自宅 TEL	
	明・大・昭・平 年 月 日 (才)			
住所	〒 -			

①本日はどのようなことで来院されましたか

1. 妊娠の診察

市販の妊娠テストは (陽性 (月 日) ・ してない)

妊娠確定後は (出産希望 ・ 中絶希望 ・ わからない)

2. 月経の異常

出血が止まらない ・ 出血量が多い ・ 出血量が少ない ・ 月経不順 ・ 月経が止まった
月経が1か月に2回以上ある ・ 生理痛が強い ・ 月経前症状 () がつらい

3. 子供ができない

これまでに不妊治療はうけたことは (ない ・ ある)

4. 更年期症状 () がつらい

5. 生理以外の出血がある

6. おりものが気になる (量が 多い / 少ない) ・ 色 ・ 臭い

7. 外陰部や膣のかゆみ ・ 外陰部のできもの

8. 下腹部痛・腰痛

9. ガンが心配 (子宮 ・ 卵巣 ・ 乳房)

10. 尿が近い・残尿感

11. 月経をすらしたい (なりたくない期間 / ~ /)

12. 緊急避妊ピル (性交日時 / 時 分頃)

13. セカンドオピニオン

14. 性病検査希望 (淋菌 ・ クラミジア ・ のど淋菌 ・ のどクラミジア ・ トリコモナス
カンジダ ・ 梅毒 ・ エイズ ・ B型肝炎 ・ C型肝炎)

定期検診 店名 _____ 源氏名 _____

15. ピル希望

16. 風邪

17. ワクチン希望 ()

18. 注射 ()

19. その他 ()

②ふだんの月経について

1. 初潮は _____ 才 閉経は _____ 才

2. もっとも最近の月経はいつでしたか (月 日から 日間)

3. 月経周期は順調ですか (_____ 日周期 ・ 不順)

4. 出血量は（ 少ない ・ 普通 ・ 多い ・ 最初の2~3日のみ多い ・ 出血時にドロツとした固まりが多く出る）
5. 生理痛は（ ない ・ あるが我慢できる ・ 薬（ ）が必要 ・ 痛くて寝込むほど）
6. 生理痛以外の症状はありますか（ ない ・ ある（頭痛・腰痛・吐き気や嘔吐・だるい(眠い) イライラ・その他）

③体質や家族歴について

1. 身長_____cm 体重_____kg
2. タバコ（ 吸わない ・ 吸う _____本/日）
3. 飲酒（ 飲まない ・ 飲む _____ml 程度/日・週・月
4. アレルギー体質はありますか？
ない
ある→薬・注射禁忌薬があれば記入してください（ _____）
花粉症 ・ アトピー ・ 食物（ _____） ・ 金属（ _____） ・ その他
5. 医師から特別な注意を言われたことはありますか？（ いいえ ・ はい（ _____））
6. 身内の中で乳がん・子宮がん・卵巣がんにかかった方はおられますか？（ いいえ ・ はい）
7. 7の他に身内の中で病気の方はおられますか？(糖尿病・高血圧・心臓病など)(いいえ ・ はい)

④ 子宮がん検診を受けたことはありますか

受けたことはない ・ ある（もっとも最近の検診： _____年 _____月頃
→結果： 異常なし ・ 異状あり

⑤妊娠・出産歴について

1. 性交の経験はありますか（ なし ・ あり ）
2. 妊娠歴（ なし ・ あり（_____回）そのうち自然流産（_____回）中絶（_____）回
3. 出産歴があれば記入してください。

出産年月日	性別		体重	出産された病院名	分娩様式 ○してください	妊娠・出産時の特記
	男・女	健・否	g		普通・吸引・帝王切開	
	男・女	健・否	g		普通・吸引・帝王切開	
	男・女	健・否	g		普通・吸引・帝王切開	
	男・女	健・否	g		普通・吸引・帝王切開	

⑥既往歴について

1. これまでにかかった病気や治療中の病気はありますか？
特になし
高血圧 ・ 糖尿病 ・ 高脂血症 ・ 腎臓疾患 ・ 肝疾患 ・ 心臓疾患 ・ 甲状腺疾患
肺疾患 ・ 血液疾患 ・ 精神疾患 ・ アレルギー ・ 婦人科疾患 ・ 性感染症 ・ 喘息
2. 現在服用中の薬があれば記入してください
薬剤名 _____
3. これまでに受けた手術があれば記入してください

年齢	病名	どんな手術	手術様式	病院名	輸血
才			開腹・腔式・腹腔鏡		あり・なし
才			開腹・腔式・腹腔鏡		あり・なし
才			開腹・腔式・腹腔鏡		あり・なし