

[問診用紙]

初診・受付カード(婦人科用)

フリガナ 氏名		生年月日 大 年 月 日生 昭 平 (才)
住所		
TEL		

■ 診察の目的はなんですか？（該当する項目に○印をつけてください）

- ・生理不順
- ・不正出血
- ・生理痛・生理の量が多い
- ・下腹部痛
- ・排尿時痛
- ・帯下(おりもの)
- ・かゆみ
- ・不妊の相談
- ・避妊の相談
- ・子宮ガンの検診
- ・その他

・いつ頃からどのような症状があったか記入してください。

■ 最終月経 月 日より 日間

○ 薬や注射で湿疹がでたり、具合が悪くなったことがありますか？

いいえ・はい(薬剤名/)

○ 気管支喘息と言われたことがありますか？

いいえ・はい

○ 今現在、治療中の病気はありますか？

いいえ・はい(病名/)

○ 今までに大きな病気や手術をしたことがありますか？

いいえ・はい()

○ 結婚していますか？

いいえ・はい

○ お産の経験はありますか？

いいえ・はい(回)

○ 性交の経験はありますか？

いいえ・はい

○ 検査などで異常が見つかった場合の連絡先を教えてください。

連絡先電話番号()