

新患予診カード

手術などで診察時間が変更となる場合がございますので、
来院前にお電話でご確認ください。 → 外来 0138-47-3001

診療の都合上必要な事項ですので、差し支えない範囲でご記入願います

記入年月日 平成 年 月 日

フリガナ

氏名

様

生年月日；

明治 大正 昭和 平成 年 月 日生 歳

〒 _____ - _____

電話 _____ - _____

ご住所

携帯電話 _____ - _____

里帰り先のご住所

様方

電話 _____ - _____

ご職業；

1. 本日来院した理由（症状ほか）は何ですか。あてはまること、気になる症状に○をつけて下さい。
（いくつでも結構です）

妊娠の診断（分娩、中絶）、里帰り分娩、がん検診、不妊、更年期症状、性交痛、乳房トラブル
出血、腹痛、おりもの、陰部のかゆみ、月経に関すること、尿に関すること（尿もれ、頻尿）
ピル、避妊、生理周期を変える、便秘、その他； _____

2. 今までに産婦人科で診療を受けたことがありますか（ある、ない）

3. 性交経験（ある・ない）

4. 月経についておたずねします。

・初経（ ）歳頃 ・（ ）歳頃に閉経した

・月経周期 → 順調（ 日くらいの周期）、不順

・最後の月経（ 月 日から 日間）

5. 結婚について： 現在結婚している → 初婚 再婚

現在結婚していない → 未婚、離婚、死別

6. 今までの妊娠歴について； 出産（ ）回、流産（ ）回、中絶（ ）回、

7. 手術をうけたことがありますか（はい、いいえ） 手術内容； _____

8. 産婦人科以外で今までにかかった病気はありますか（はい、いいえ）

高血圧 糖尿病 心臓 喘息 肝臓の病気 腎臓の病気 がんなど悪性の病気

てんかん アトピー性皮膚炎 アレルギー性鼻炎・結膜炎 その他； _____

9. 体質についておたずねします。

今までに薬や注射で具合が悪くなったり、湿疹がでたことはありますか（はい、いいえ）

食べ物のアレルギーは（はい、いいえ）、蕁麻疹がやすい方ですか（はい、いいえ）

かぶれたり傷が化膿しやすい（はい、いいえ）、熱が出やすい方ですか（はい、いいえ）

輸血を受けたことがありますか（はい、いいえ）

10. 現在治療を受けている病気や服用している薬（市販薬も含めて）があれば、御記入ください。

11. ご家族（祖父母、両親、兄弟）の方に高血圧、糖尿病、心臓の病気、喘息、がんなどの病気がありますか。

12. あらかじめ、私たちが知っておいた方がよいことがあればご記入願います。