

# 新患予診カード

記入年月日 年 月 日

フリガナ  
氏名 \_\_\_\_\_ 様生年月日；西暦 年  
昭和 平成 令和 年 月 日生 歳

〒 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

ご住所

携帯電話 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

ご職業

当院での里帰り分娩をご希望の方はご記入下さい

里帰り先 様方

ご住所

電話番号 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

1. 本日来院した理由は何ですか。あてはまることに○をつけて下さい

妊娠の診断(分娩・中絶) 里帰り分娩 がん検診 月経痛 月経不順 月経量が多い 不正出血  
おりもの 不妊 陰部のかゆみ 更年期症状 性交痛 ピル 避妊 緊急避妊 生理周期を変える  
乳房トラブル 腹痛 尿に関する事(尿もれ・頻尿など) 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

・初経 ( ) 歳頃 ・閉経 ( ) 歳頃 ・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. 身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg

6. 結婚について：未婚 初婚 再婚 離婚 死別

7. 妊娠分娩歴 (ない ある → 以下に詳細を記入してください)

年月日	妊娠週数	妊娠分娩の状況	児の性別・体重	病院名
年 月 日	週 日	経膈分娩・帝王切開・流産・死産・中絶	男・女 g	
年 月 日	週 日	経膈分娩・帝王切開・流産・死産・中絶	男・女 g	
年 月 日	週 日	経膈分娩・帝王切開・流産・死産・中絶	男・女 g	
年 月 日	週 日	経膈分娩・帝王切開・流産・死産・中絶	男・女 g	
年 月 日	週 日	経膈分娩・帝王切開・流産・死産・中絶	男・女 g	
年 月 日	週 日	経膈分娩・帝王切開・流産・死産・中絶	男・女 g	

8. 今まで病気や入院を要するケガをしたことがありますか (ない ある → 以下に詳細を記入して下さい)

時期	病名	治療内容	病院名
年 月 日			
年 月 日			
年 月 日			
年 月 日			

9. 現在、服用している薬を記入ください (市販薬も含め)

( \_\_\_\_\_ )

10. 飲酒 (ない ある → 1日量 \_\_\_\_\_ ) 11. 喫煙 (ない ある → 1日 \_\_\_\_\_ 本)

12. 薬や注射で具合が悪くなったことはありますか (ある ない) 喘息はありますか (ある ない)

食物アレルギーがありますか (ある ない) 輸血を受けたことがありますか (ある ない)

13. 血の繋がったご家族に高血圧、糖尿病、心臓の病気、喘息、がんなどの病気がありますか

( ない ある → \_\_\_\_\_ )

14. 配偶者やパートナーから暴力を受けたことがありますか (ある ない)

15. ご相談内容を自由にご記入ください

( \_\_\_\_\_ )

えんどう桔梗マタニティクリニック

〒041-0808 函館市桔梗5丁目7番15号 Tel 0138-47-3001