

新患予診カード

生年月日（ 年 月 日生 歳）

ふりがな

氏名

電話

住所

1. 下記の質問に○印をおつけになり受付にお渡しください

- | | | |
|---------------------------|-----------------|--------------------|
| 01) 生理が止まった | 02) お産したい | 03) 中絶したい |
| 04) 生理が不順で心配 | 05) 生理の時痛い | 06) 生理と違った出血 |
| 07) おりものが多い（黄・白・褐色・ピンク・赤） | 08) 陰部がかゆい・痛い | |
| 09) おなかが痛い | 10) 腰が痛い | 11) しこり（おなか・陰部・乳房） |
| 12) 食欲がない・はきけ | 13) 尿がちかい | 14) 排尿の時痛い |
| 15) 癌の検査 | 16) 子供ができない | 17) 性病が心配 |
| 18) 頭痛・めまい・のぼせ | 19) 不眠・いらいら・肩こり | 20) 胸がドキドキする |
| 21) 避妊の方法を知りたい | 22) ピルがほしい | 23) リング交換 |
| 24) アフターピル | 25) 性生活の相談 | 26) 点滴バイキング |
| 27) プラセンタ | | |

その他〔 〕

2. あなたの月経について

- 01) 最後の生理はいつですか・・・ 月 日に始まって () 日間
- 02) 生理は () 日型
- 03) 生理の量は・・・多い・普通・少ない

3. あなたの結婚・妊娠・お産について

- 01) 結婚は・・・している・していない・同棲中・婚約中
- 02) セックスの経験は・・・ある・ない
- 03) 妊娠したことはありますか・・・はい・いいえ
- 04) お産 () 回、人工中絶 () 回、自然流産 () 回

4. 今迄にかかった主な病気、主な手術（産婦人科以外も含めて）

- 01) 主な手術は・・・ある・ない
- () 歳 ()
- () 歳 ()
- 02) 主な病気は・・・ある・ない
- () 歳 ()
- () 歳 ()
- 03) アレルギー体質は・・・ある・ない ()
- 04) 薬・注射による副作用は・・・ある・ない ()