

# 初診・受付カード

(正確にご記入ください)

年 月 日

住所	〒(       -       )		
ふりがな	大・昭・平       月       日生		
氏名	(       歳)		
自宅TEL	職業		
携帯電話			

今日はどうされましたか？

---

---

---

---

---

---

初潮(       才) 結婚(       才)	体重(       kg) 身長(       cm)
周期(       日型) 閉経(       才)	性行為 (    あり・なし )
最終月経	出血しやすい (    はい・いいえ )
※ (       月       日から       日間)	出血時の異常 (    あり・なし )
ご 妊娠歴	じんましん (    あり・なし )
記入 (妊娠       回 そのうち分娩       回)	薬物アレルギー(    あり・なし )
だ 中絶回数(       回)	喫煙(    あり 1日(    )本 ・ なし )
さい 流産回数(       回)	飲酒(    1日 2合以上 ・ 2合以下 )
血液型 (    A・B・AB・O型 )	過去の病気等
RH型 (    + ・ - )	
B型肝炎(    あり・なし )	
C型肝炎(    あり・なし )	