



## 初診・受付カード

(正確に御記入ください)

年 月 日

林レディースクリニック

|      |                      |  |
|------|----------------------|--|
| 住所   | 〒                    |  |
|      |                      |  |
| ふりがな |                      |  |
| 氏名   | 大・昭・平 年 月 日<br>( ) 歳 |  |
| TEL  | 既婚 ・ 未婚              |  |
| 連絡先  | 職業                   |  |

診察の目的  
(をつけてください )

妊娠かどうか  
 分娩希望する  
 分娩希望しない  
 生理不順  
 出血  
 生理の異常  
 (長引く・多い・少い・痛む)  
 腹痛・腰痛  
 発熱  
 排尿の痛み・頻尿  
 帯下(こしけ・おりもの)

更年期障害  
 (のぼせ・めまい・冷え・肩こり)  
 外陰部のかゆみ・いたみ  
 不妊の相談  
 避妊の相談  
 夫婦生活の相談  
 子宮癌の検査  
 乳癌の検査  
 性病の検査  
 子供のかぜ・下痢など  
 その他( )

おたずね

初潮( 才) 結婚( 才) 体重( kg) 身長( cm)  
 周期( 日型)  
 最終月経 ( 月 日から 日間) 出血しやすい (はい・いいえ)  
 妊娠歴 (妊娠 回そのうち分娩 回) お産の異常 (あり・なし)  
 中絶回数( 回) じんましん (あり・なし)  
 流産回数( 回) 薬・注射での異常 (あり・なし)  
 血液型 ( A ・ B ・ AB ・ O 型 ) 過去の病気等  
 Rh 型( + ・ - )  
 B型肝炎 ( あり・なし )

当クリニックを知った(選んだ)きっかけを教えてください。

- A) 友人・知人などの紹介 ( )
- B) 他の医療機関の紹介 ( )
- C) 青梅市の医療機関名簿 ( )
- D) 電話帳 ( )
- E) 看板 ( 電柱 / その他 )
- F) ホームページ ( )
- G) その他 ( )