



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 () 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 ()