

初診受付

(できるだけ正確にご記入ください)

年 月 日

ふりがな		既婚(結婚年齢 才)・未婚
お名前		昭和 平成 年 月 日生(才)
ご住所	〒	☎ 携帯
緊急連絡先	お名前	様 続柄() ☎ 携帯

? どうなさいましたか

● 妊娠かどうかの検査を希望

- 他院で検査済 市販薬で検査済(月 日頃・検査結果 + ・ -)
 分娩希望 中絶希望

● 上記以外で受診の方(どのような症状で来院されましたか?)

下記も必ずご記入ください

最終月経	月	日より	日間
初潮	歳	閉経	歳
妊娠歴	・有(回) ・無 有の方へ…そのうち出産 回 ・流産 回 ・中絶 回 帝王切開での出産は 回		
現在授乳中ですか?	はい	いいえ	
喘息	・有 ・無		
アレルギー	・有(具体的に) ・無		
手術歴	・有(手術名) ・無		
病歴	・有(病名) ・無		
現在服薬中の薬は?	・有(薬の名前) ・無		
喫煙	・有	本/1日	・無
身長	cm	飲酒	・有 ・無
		体重	kg

ご記入いただいた情報は、診療以外の目的に使用することはありません。



産婦人科 筑紫クリニック