



|                                                                                                            |    |                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----------------------|
| ふりがな                                                                                                       | 年齢 | 電話番号(続柄) ※必ず2つご記入ください |
| お名前                                                                                                        |    | ① - - ( ご本人 )         |
|                                                                                                            | 歳  | ② - - ( )             |
| 身長(            cm) 体重(            kg) 血液型(         )型 RH(         ) 職業(                                  ) |    |                       |
| 今までの出産歴      お産(            )回    ・ 流産(            )回    ・ 中絶(            )回                               |    |                       |

◇初経年齢 ( )歳  
◇閉経 ( )歳  
◇最終月経 ( 年 月 日より 日間 )  
◇月経周期 順調( 日型周期)・不順

◇月経の量　（多い・普通・少ない）  
◇基礎体温をつけている　（いいえ・はい）  
◇月経痛　（無・有）

◇妊娠 → 検査薬で調べた:いいえ・はい( 月 日) ( 陽性・陰性 )

他院通院中:分娩予定日( 月 日)・まだ決定していない

分娩場所： 当院 ・ 他院 ・ 検討中

◇不妊相談 → 不妊治療を受けたことがある → ( いいえ ・ はい )

◇月経の相談 →月経が止まった・月経不順・量が多い・月経痛がひどい(症状: )

### ◇不正出血

◇おりものの相談 → 量が多い・色（白・黄色・茶色）・においが気になる（有・無）

◇外陰部の相談 → かゆい・痛い・しこりが出来ている

◇腹部症状 → 下腹部痛がある・しこりがある

◇膀胱症状 → 尿が近い・排尿の時に痛む・残尿感がある

◇更年期症状 → 頭痛・めまい・身体がだるい・不眠・いらいら・肩こり・のぼせ・汗がでる

食欲がない・吐き気・動悸がする

### ◇子宮癌検診

◇ピル相談 → ピル希望（服用経験：有・無）・緊急避妊ピル希望・生理日変更

### ◇プラセンタ治療希望

◇その他

※ 裏面もご記入ください

●結婚・妊娠・出産についてお答えください

◇性交の経験はありますか (いいえ・はい)

◇結婚について (している・していない →入籍予定: なし・あり 年 月頃 )

◇ これまでの妊娠・分娩に関してお聞かせください

| 年 | 体 重 | 性別  | 出産場所(病院名) | 出産方法                  |
|---|-----|-----|-----------|-----------------------|
| 年 | g   | 男・女 | 当院・他院( )  | ・正常産・帝王切開・早産・死産・流産・中絶 |
| 年 | g   | 男・女 | 当院・他院( )  | ・正常産・帝王切開・早産・死産・流産・中絶 |
| 年 | g   | 男・女 | 当院・他院( )  | ・正常産・帝王切開・早産・死産・流産・中絶 |
| 年 | g   | 男・女 | 当院・他院( )  | ・正常産・帝王切開・早産・死産・流産・中絶 |
| 年 | g   | 男・女 | 当院・他院( )  | ・正常産・帝王切開・早産・死産・流産・中絶 |
| 年 | g   | 男・女 | 当院・他院( )  | ・正常産・帝王切開・早産・死産・流産・中絶 |
| 年 | g   | 男・女 | 当院・他院( )  | ・正常産・帝王切開・早産・死産・流産・中絶 |

◇妊娠中やお産の時に異常はありましたか

( いいえ・はい→妊娠高血圧症候群・多量出血・貧血・妊娠糖尿病 その他: )

●いままでにかかったことのある病気や受けた手術、アレルギーなどについてお聞かせください。

◇アレルギー: 無・有 (薬: 食べ物: その他: )

◇喘 息 : 無・有 (最終発作: 歳( 年 月)・薬( )

◇現在服用されている薬はありますか: 無・有 (薬の名前: )

◇アトピー性皮膚炎: 無・有 (薬の名前: )

◇その他の病気: ( 歳・病名: (治癒・通院中)かかりつけ医: )

( 歳・病名: (治癒・通院中)かかりつけ医: )

( 歳・病名: (治癒・通院中)かかりつけ医: )

◇手 術 歴 : ( 歳・手術名: )

( 歳・手術名: )

◇輸 血 歴 : 無・有( 歳 輸血適応理由 )

◇血縁者の中に特別な病気の方はいますか。( 無・有 → 遺伝病・高血圧・糖尿病・癌・その他 )

●ご主人・パートナーにつてお聞かせください。

□年齢: 歳 □職業( )

ご不明な点がありましたら受付までお声かけください。

(R6 年版)