

ふりがな  
お名前

年齢 才

(お答えしたくない項目には回答する必要はありません。さしつかえない項目だけご記入ください。)

\*本日の受診理由 下記のうち、あてはまるものに○または数字などを記入願います。

[生理] ①予定の月経がない ②生理不順 ③生理の量が増えた ④生理痛が強くなった

[出血] ①生理以外に出血がある ②生理がなかなか止まらない

[痛み] ①下腹部 ②腰 ③外陰部 ④足(脚) ⑤その他 ( )  
痛みの程度は、①なし ②軽い ③中程度 ④強い ⑤非常に強い

[その他] ①子宮がん検診希望 ②おりものがある ③かゆみがある ④下腹部にしこりが触れる

⑤市販の妊娠検査薬で陽性反応(検査日: 月 日) ⑥妊婦健診希望

⑦不妊相談 ⑧避妊相談 ⑨中絶希望 ⑩他院からの紹介(医療機関名: )

\*上記の症状はいつごろからですか? ( )

\*上記の症状で診察を受けましたか? 受けない・受けた(医療機関: )

\*生理について 初経 才 閉経 才 最も近い生理 月 日から 日間  
周期 日 (順調・不順) 持続日数 日間 生理量: 多い・普通・少ない  
生理痛の程度は、①なし ②軽い ③中程度 ④つらい ⑤非常につらい

\*妊娠・分娩歴について

性交経験(なし・あり) 中絶経験(なし・あり: 回) 流産経験(なし・あり: 回)

	出産年月日	性別	出生体重	週数(月数)	予定日より	分娩の種類	現在
1	S・H 年 月 日	男・女	g	週(月)	早い・遅い	経膣・帝切	健康・否
2	S・H 年 月 日	男・女	g	週(月)	早い・遅い	経膣・帝切	健康・否
3	S・H 年 月 日	男・女	g	週(月)	早い・遅い	経膣・帝切	健康・否
4	S・H 年 月 日	男・女	g	週(月)	早い・遅い	経膣・帝切	健康・否

\*現在服用している薬はありますか? なし・あり(薬品名: )

\*薬のアレルギーはありますか? なし・あり(薬品名: )

\*喘息にかかったことがありますか? なし・あり( 才~ )

\*麻酔の経験はありますか? なし・あり \*輸血の経験はありますか? なし・あり

\*過去に治療または現在治療中の病気はありますか? (病名: )

\*血のつながりのある方で、下記の病気にかかったことのある方はいますか?

( ) 内に、続柄をお書き下さい。

糖尿病( ) 高血圧( ) 肝臓病( ) 腎臓病( )

血液疾患( ) 癌( ) その他( )

\*身長 cm \*体重 kg(妊娠中の方は、妊娠前の体重 kg →最近 kg)

\* さしつかえなければ連絡先をお教え下さい。

ご住所:

自宅電話番号( - - ) 携帯電話( - - )

~ご協力ありがとうございました。記入されましたら受付までお返しく下さい。~