

年 月 日

ふりがな		大・昭・平	
氏名		年 月 日 (歳)	職業

※当クリニックから連絡させていただくことがありますので、連絡の可否についてお聞きます

自宅：(可・否) 携帯電話：(可・否)

勤務先：(可・否), 勤務先 TEL ()

当クリニック名を告げてもよろしいでしょうか：(可・否), 否のとき [希望：(スタッフ個人名でなど)]

あてはまる所を記入または○で囲んでください

1. 今日どんな事で来られましたか

イ、妊娠の診断

- (1) 他院で妊娠と言われた (月 日)
(診察のみ・尿妊娠反応・超音波検査で)
予定日 平成 年 月 日
- (2) 市販の妊娠判定薬で検査した (月 日)
陽性・陰性・わからない

ロ、生理不順 (基礎体温を測定中・測定していない)

- ハ、子宮癌検診希望 (回目)
- 二、他の病院で (病名) といわれた
- ホ、下記で気になる事がある
 - 出血 (いつから)
 - おりもの (いつから)
 - 腹痛 (いつから)
 - 腰痛 (いつから)
 - 生理痛 (いつから)
 - 更年期症状 (いつから)
 - 尿がもれる (いつから)
 - 頻尿・排尿時の痛み (いつから)
 - 外陰部がかゆい・できもの (いつから)
- へ、予防接種 (種類：)
- ト、ピル希望 ()
- チ、その他 ()

2. 月経について

- イ、初めてあった月経 (初潮) オ・閉経 オ
- ロ、最近の月経は 月 日から 日間
- ハ、月経は順調ですか (はい・いいえ)
- 二、月経の周期は (日型)
- ホ、月経不順の方で短いときで (日)
長いときで (日)
- へ、月経の日数は (日間) 位ある
- ト、月経の量 (多い・普通・少ない)
かたまりが (出る・出ない)
- チ、月経痛 (ある・ない)

13. 今までの妊娠経過について書いてください

妊娠回数 回、自然流産 回
分娩回数 回、中絶 回

分娩した年月	分 娩			
	分娩した週数	性別	体重	妊娠中・分娩時の異常の有無
(1) 年 月				
(2) 年 月				
(3) 年 月				

3. 今までに性交渉の経験はありますか (はい・いいえ)

4. 薬物による副作用 無・有 ()
アレルギー体質 無・有 ()
便秘 回 / 日

5. 結婚されていますか (はい・いいえ)
いつされましたか

(明・大・昭・平 年 月 日 歳)
結婚予定・・・平成 年 月 頃

6. 御主人は健康ですか

健康 否 (病名) 死亡
御主人の年齢は・・・ 歳

7. あなたの身長 cm 体重 kg
御主人の身長 cm 体重 kg
あなたの血液型 型 Rh ()

8. 今までに病気にかかったことは (ある・ない)

糖尿病 高血圧 肺結核 腹膜炎 胃腸病
腎臓病 膀胱炎 心臓病 腎盂炎 リウマチ
喘息 その他

9. 現在、常用されている薬は (ある・ない)

薬名 ()

10. 今までに手術を受けたことは (ある・ない)

虫垂炎 (盲腸) 子宮外妊娠 胎状奇胎
子宮筋腫 卵巣のう腫 子宮後屈 卵管結紮
その他

11. あなたの御家族や親戚 (血縁) の方の病気

結核 がん 肝炎 高血圧 糖尿病 喘息
その他

12. 最近受けた子宮がん検診はいつですか

昭・平 年 月 頃

	流産	中絶
(1) 年 月	ヶ月	ヶ月
(2) 年 月	ヶ月	ヶ月
(3) 年 月	ヶ月	ヶ月

