

ふりがな	生年月日 西暦 年 月 日 (才)
名前	職業
(必須) 電話番号	既婚 (当時 才) ・ 未婚 ・ 結婚予定
(必須) 住所 〒	

1、本日はどんな理由で来院されましたか？ ○でお囲みください

①妊娠しているか 検査薬 (陽性・陰性) (月 日実施)
 妊娠確定後は 分娩希望 ・ 中絶希望 ・ 迷い中

※分娩希望の方→ (希望の病院名:) ・ 里帰り ・ 未定)

- ②妊婦健診 (出産予定日 月 日) ③おりもの ④陰部のかゆみ ⑤外陰部の痛み (ヘルペスなど)
 ⑥膀胱炎 ⑦生理痛 ⑧生理不順 ⑨不正出血 (生理以外の出血) ⑩下腹部痛 ⑪子宮筋腫
 ⑫不妊症 ⑬ピル処方 (低用量・月経移動・緊急避妊) ⑭避妊リング ⑮更年期症状
 ⑯子宮がん健診 ⑰乳がん健診 ⑱その他 ()

2、普段の生理についてお聞かせください

- 一番最近の生理は、いつからでしたか？
(月 日より 日間) いつもと同じ ・ 異なる
- 生理の周期は順調ですか？ 何日型ですか？
順 ・ 不順 () 日型 *次の生理がくるまでの大体の日数をご記入ください
- 出血量はどうですか？ 少ない ・ 普通 ・ 多い
- 初経 歳 閉経 歳

3、性交渉の経験はありますか？ なし ・ あり

4、妊娠・出産についてお聞かせください *今回の妊娠は回数に含みません

妊娠 () 回 < 流産 () 回 ・ 中絶 () 回 > 分娩 () 回

西暦	週数	性別	出生体重	出産方法	妊娠分娩中の異常
年 月	週	男・女	g	正常/吸引/帝王切開	
年 月	週	男・女	g	正常/吸引/帝王切開	
年 月	週	男・女	g	正常/吸引/帝王切開	

5、既往歴についてお聞かせください ○でお囲みください

- 次の病気にかかったことがありますか？ なし ・ あり
 気管支喘息 高血圧 糖尿病 心臓病 腎臓病 肝臓病 甲状腺の病気 性感染症
 その他 ()
- 手術を受けたことがありますか？ なし ・ あり
 (年 月) 手術名 ()

6、アレルギーはありますか？ なし ・ あり ()

7、採血で気分が悪くなったことがありますか？ なし ・ あり

8、採血時、アルコール綿でかぶれたり赤くなったことはありますか？ なし ・ あり

9、現在服用している薬はありますか？ なし ・ あり ()

10、その他、ご要望などありましたらお書きください ()

※ 当院をお知りになったきっかけを教えてください

HP 紹介 看板 たまひよ ドクターズファイル テレビ OZmall 口コミ その他 ()