

氏名 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ Kg

1. 今日はどうなさいましたか? (当てはまるものに○印をしてください)

- ① ( ) 定期受診 → 内容 ( \_\_\_\_\_ )
- ② ( ) 病気の心配(子宮筋腫・卵巣のう腫・子宮癌・その他 \_\_\_\_\_) → 過去に指摘されたことが (ある・なし)
- ( ) 月経(生理)不順
- ( ) 妊娠希望 → 他院での治療経験 (ある・なし)
- ③ ( ) 妊娠の疑い ※自宅から当院までの来院所要時間 車で \_\_\_\_\_ 分
- 自分で検査した (はい \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 + - ・ いいえ)
- 今回の妊娠時は出産の予定ですか (はい・いいえ・考え中)
- 当院で分娩希望 (はい・いいえ)

☆スタッフ記入☆ サイン \_\_\_\_\_

LMP・EDC ~ \_\_\_\_\_ w d P・M

分娩予定日 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

\_\_\_\_\_ 月 分娩予約 可・不可

→ 本日診察のみ希望

※ 月なら分娩予約 可・不可 説明済み

※ BMI \_\_\_\_\_

本日の体重 \_\_\_\_\_ kg 血圧 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmHg ※病院で測定、記入します

- ④ 症状について
- ( ) 出血 \_\_\_\_\_ いつから ( \_\_\_\_\_ ) 色 ( 赤 ・ ピンク ・ 茶 )
- ( ) 腹痛 \_\_\_\_\_ いつから ( \_\_\_\_\_ ) 部位 ( 左 ・ 右 ・ 両下腹部 ・ 腹部全体 )
- ( ) おりもの \_\_\_\_\_ いつから ( \_\_\_\_\_ ) 色 ( 透明 ・ 白 ・ 黄 ・ 黄緑 ) におい ( あり ・ なし )
- ( ) 外陰部のかゆみ \_\_\_\_\_ いつから ( \_\_\_\_\_ )
- ( ) その他 \_\_\_\_\_ いつから ( \_\_\_\_\_ )

※今もその症状は続いていますか? ( はい ・ いいえ )

2. 月経(生理)についてご記入ください

最終月経(生理) \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 から \_\_\_\_\_日間 閉経 \_\_\_\_\_歳

その前の月経(生理)は \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

月経(生理)の周期は \_\_\_\_\_日型 毎月 \_\_\_\_\_日 早くなる ・ 遅くなる

月経痛時鎮痛剤は ( 飲む ・ 飲まない ) 月経量 ( 少ない ・ 普通 ・ 多い ・ 血の塊が出る )

3. 今までの妊娠についてご記入ください

今までに妊娠されたことはありますか ( はい \_\_\_\_\_回 ・ いいえ )

出産 \_\_\_\_\_回 自然流産 \_\_\_\_\_回 人工中絶 \_\_\_\_\_回

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 当院 ・ 他院 正常分娩でしたか? ( はい ・ いいえ \_\_\_\_\_ )

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 当院 ・ 他院 正常分娩でしたか? ( はい ・ いいえ \_\_\_\_\_ )

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 当院 ・ 他院 正常分娩でしたか? ( はい ・ いいえ \_\_\_\_\_ )

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 当院 ・ 他院 正常分娩でしたか? ( はい ・ いいえ \_\_\_\_\_ )

最後の妊娠 ( 出産 ・ 流産 ・ 中絶 ) \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月

4. 産婦人科で内診を受けられたことはありますか ( はい ・ いいえ )

上記でいいえと答えた方、性交為の経験はありますか ( はい ・ いいえ )

5. 結婚されていますか ( はい \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 ・ いいえ 今後結婚の予定 あり ・ なし )

ご主人について 年齢 \_\_\_\_\_ 歳 健康ですか ( はい ・ いいえ )

6. 生まれてから今までにかかった病気、入院歴についてご記入ください (出産以外で)

例) ①高血圧 50才~ 内服治療中 PL 病院内科 ②脳出血 60才 手術 今も他院通院中

① \_\_\_\_\_ ② \_\_\_\_\_

③ \_\_\_\_\_ ④ \_\_\_\_\_

7. 薬、注射、食べ物などのアレルギーはありますか ( はい ・ いいえ )

何のアレルギーですか 花粉症 ・ 喘息 ・ アトピー ・ 薬剤 \_\_\_\_\_ ・ 食物 \_\_\_\_\_ ・ その他 \_\_\_\_\_

8. 今までにタバコを吸ったことがありますか ( はい ・ いいえ )

( ) 現在は吸っていない → いつから禁煙していますか \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月

( ) 現在も吸っている → \_\_\_\_\_本/日

☆スタッフ記入☆

①連絡先(携帯) \_\_\_\_\_

②連絡先: \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

職業: \_\_\_\_\_

9. 1年以内に子宮(頸部)癌の検査を受けられていますか

いいえ ・ はい \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 → 結果: 異常 あり ・ なし