

| | | | | |
|-------|------------------|---------------------------|----|---------|
| ふりがな | 大・昭・平 | 身長 | 体重 | 体重(妊娠前) |
| 名前 | 生年月日 年 月 日 (歳) | cm | kg | kg |
| ご住所 〒 | | 自宅TEL | | |
| | | 携帯TEL | | |
| 職業 | 血液型 | 受診のきっかけは？ | | |
| | 型 | あなたとの 紹介(ご紹介者名) 関係 () | | |

I 本日は、どのようなことで受診されましたか？

1. 妊娠反応検査

- ・ 当院で出産を希望
- ・ 他院で出産を希望(県 病院)
- ・ 出産する病院を決めてない
- ・ 中絶希望
- ・ 出産するかどうかまだ決めてない

2. 他院で妊娠を確認している

(最終受信日 / 病院名: 予定日 年 月 日)

- 3. 月経以外の出血がある
- 4. 月経不順
- 5. 月経痛が強い
- 6. 下腹部痛、腰痛がある
- 7. 子宮筋腫、卵巣腫瘍がある
- 8. おりものが多い(何色ですか？)
- 9. 外陰部にかゆみがある
- 10. 子宮癌検診
- 11. 更年期症状
- 12. 不妊相談
- 13. 避妊相談
- 14. 産み分け相談

II 今までにかかった病気や、受けた手術についてお答え下さい。

1. アレルギーがありますか？ いいえ ・ はい()

2. 病気になったり、手術を受けた事が…… ある ・ ない

3. どんな病気ですか？

肺炎 ・ 肺結核 ・ 喘息 ・ 胃腸病 ・ 腎炎 ・ 腹膜炎 ・ 性病 ・ 心臓病 ・ 糖尿病
 リウマチ ・ 高血圧 ・ 虫垂炎(もうちょう) ・ 子宮筋腫 ・ 卵巣のう腫 ・ 子宮外妊娠
 卵管結さつ ・ その他()

いつ頃から() どちらの病院で()

手術を(受けた ・ 受けてない) お薬を飲んで(いる ・ いない)

4. 喫煙の(有 本/日 ・ 無)

4. アルコールの(有 /程度 毎日 ・ 時々 ・ 無)

III あなたの結婚、妊娠、分娩についてお答え下さい。

1. 結婚していますか……はい(年 月 日 歳で 初婚 ・ 再婚) ・ いいえ

2. ご主人の年齢は……() 歳 身長() cm 血液型() 型

IV あなたの月経(生理)についてお答え下さい。

1. はじめて月経が始まった年齢は () 歳 () 歳で閉経
2. だいたい何日で月経がきますか () 日
3. 月経はだいたい何日間位ありますか () 日間ぐらい
4. 普段の月経は順調ですか はい ・ いいえ
5. 不順の方は、早く来る時と、遅れて来る時の両方を書いて下さい はい ・ いいえ
 早く来る時は() 日間ぐらい 遅れて来る時は() 日間ぐらい
6. あなたの月経の量は 普通 ・ 多い(血のかたまりが出る) ・ 少ない
7. 月経のとき、下腹が痛みますか はい(強い ・ 中位 ・ 弱い) ・ いいえ
8. 一番最近の月経はいつでしたか 年 月 日から() 日間
9. 基礎(婦人)体温を測っていますか はい ・ いいえ
10. SEXの経験がありますか はい ・ いいえ

V 妊娠したことのある方は、下の表に妊娠した年齢順にお答え下さい。

(あてはまるところに○印、又は数字を書いて下さい)

| 順位 | | | | 妊娠の経過は | | | | お産は | | | 子供さんは | | | 分娩された病院 |
|----|----|---|---|--------|----|-------|------|-----|----|------|-------|---|----------|-------------|
| | | | | 正常 | 流産 | 子宮外妊娠 | 人工中絶 | 正常 | 帝切 | 妊娠週数 | 男 | 女 | 生まれた時の体重 | |
| 1 | 昭平 | 年 | 月 | | | | | | | 週 | | | g | 当院 他院() |
| 2 | 昭平 | 年 | 月 | | | | | | | 週 | | | g | 当院 他院() |
| 3 | 昭平 | 年 | 月 | | | | | | | 週 | | | g | 当院 他院() |
| 4 | 昭平 | 年 | 月 | | | | | | | 週 | | | g | 当院 他院() |

VI 自分の体については是非医師に知っておいてもらいたい事があればご記入下さい。

《ありがとうございました 診察までの間しばらくお待ち下さい》