

フリガナ

氏名 職業 <西暦> 年 月 日生 (才)

現住所 〒 番 () ー

緊急連絡先 〒 番 () ー

【1】今日はどうされましたか？

- ① 妊娠かどうか (出産希望・迷っている・中絶希望)
市販の妊娠テスト (/ 陽性・陰性・していない)
- ② 当院で分娩を希望している (分娩予定日 /)
- ③ 生理の異常
量が多い 量が少ない 出血が止まらない
生理が来ない 月に2回以上ある 生理痛が強い
生理周期が不順 (~ 日)
- ④ 生理以外の出血がある
- ⑤ 子供ができない (年 ヶ月避妊していない)
- ⑥ 避妊用のピルがほしい・避妊リングを希望
- ⑦ アフターピル (緊急避妊ピル) がほしい
- ⑧ 生理をずらしたい
(避けたい期間 から まで)
- ⑨ おりものが気になる (多い・臭い・色)
- ⑩ 性病が気になる
- ⑪ 陰部が (かゆい・痛い)
- ⑫ 下腹部が (痛い・違和感がある)
- ⑬ 尿の回数が多い、排尿時痛がある、残尿感がある
- ⑭ 更年期症状
- ⑮ その他

【4】あなたの両親、兄弟姉妹、夫で以下の病気の人はいいますか？

高血圧、糖尿病、心臓の病気、脳血管の病気、がん、遺伝病、その他治療中の病気

- 父 健康・(病名)
- 母 健康・(病名)
- 兄弟姉妹 健康・(病名)
- 夫 健康・(病名)

【5】現在治療中の病気や服用している薬はありますか？ (なし ・ あり)
(病名) (内服薬)

【6】今までかかった病気や手術はありますか？
(なし ・ あり)
(病名) (年齢) (手術名)

【2】生理について

初経： 才 閉経： 才

最終生理 (/ ~ /)

生理周期：約 日 (順・不順)

【7】アレルギー (薬・食べ物・その他) はありますか？
(なし・あり)

【3】結婚・妊娠・出産について (未婚・結婚：<西暦または和暦> 年 月)

妊娠： 回 (うち分娩： 回 死産： 回 流産： 回 中絶： 回)

出産年月日 <西暦または和暦>	性別	体重	分娩様式	出産場所
年 月 日	男・女	g	正常・吸引・さかご・帝王切開	
年 月 日	男・女	g	正常・吸引・さかご・帝王切開	
年 月 日	男・女	g	正常・吸引・さかご・帝王切開	
年 月 日	男・女	g	正常・吸引・さかご・帝王切開	

妊娠歴の無い方 性交渉の経験はありますか (無 ・ 有)

★ 個人情報等秘密は厳守します