

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 ・ 考え中 ・ 他院へ里帰り: _____)
- 本日の体重 _____ kg 血圧 _____ / _____ mmHg 脈拍 _____ 回/分

☆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 ・ 他院へ里帰り

※ 月なら分娩予約 可・不可 説明済み

※ BMI _____

- 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 (下腹部 右 ・ 左 ・ 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られた方、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)

花粉症 ・ 喘息 ・ アトピー ・ 薬剤 _____ ・ 食物 _____ ・ ゴム ・ 金属 ・ 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

9. 1年以内に子宮(頸部)癌の検査を受けられていますか

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

10. 介護保険の申請: なし ・ 有 (要支援 1・2、要介護 1・2・3・4・5)

11. 1ヶ月以内に海外へ行かれたか。(はい ・ いいえ)

☆スタッフ記入☆

①連絡先(携帯) _____

②連絡先: _____ () _____

職業: _____