

フリガナ

〒

名前

住所

生年月日 昭/平 年 月 日( 歳)

身長 cm 体重 kg 職業

携帯電話

電話番号

## 受診の目的について

〈産科〉 当てはまる項目に□もしくは○をつけて下さい

□妊娠か知りたい 検査日: 月 日 陽性・陰性 □当院での分娩希望 出産予定日: 月 日

□妊娠中の薬の相談 □中絶希望

□授乳中の相談( 痛み ・ しこり ・ 発熱 ・ 乳房マッサージ希望 ・ 断乳希望 ・ 薬の相談 )

〈婦人科〉 当てはまる項目に□もしくは○をつけて下さい

□月経の異常 ( 月経が来ない ・ 量が多い ・ 量が少ない ・ 月経痛が強い ・ 長引く・不順 )

□不正出血 月 日から ( 時々・持続的に ) あり、量は( 多い ・ 少ない )

□痛みがある ( 腹痛 ・ 腰痛 ・ 外陰部 ・ 排尿痛 ・ 性交痛 ・ その他 )

□陰部の異常 ( かゆみがある ・ 痛みがある ・ しこりがある ・ 腫れている )

□おりものの異常 ( 量が多い ・ 色がつく ・ においが気になる )

□更年期障害の心配 ( ほてり・発汗 ・ 肩こり ・ 不眠 ・ めまい )

□検診で異常を指摘された

( 子宮筋腫 ・ 子宮内膜症・ポリープ ・ 卵巣嚢腫 ・ 貧血症 ・ その他 )

□検査の希望 ( 子宮がん検診 ・ 性感染症の検査 ・ 風疹抗体検査 )

□ワクチン接種希望 ( 風疹麻疹混合(MR) ・ インフルエンザ )

□避妊の相談 ( 定期的なピル服用希望 ・ 避妊リング希望 ・ 緊急避妊薬希望 )

□月経調節希望 生理が来ては困る日: 年 月 日から( 日間)

□その他( )

## 2. 月経についてお答え下さい

初潮( 歳) 月経周期(約 日間隔) 閉経( 歳)

最終生理(一番最近の生理) 年 月 日から( 日間)

## 3. 妊娠・分娩についてお答え下さい ※妊娠した事が ( ある ・ ない )

|   | 妊娠・出産時期    | 妊娠経過     | 分娩様式  | 出生体重 | 性別  | 異常の有無  |
|---|------------|----------|-------|------|-----|--------|
| 1 | 昭和・平成・令和 年 | 流産・早産・中絶 | 普通・帝切 | g    | 男・女 | 無・有( ) |
| 2 | 昭和・平成・令和 年 | 流産・早産・中絶 | 普通・帝切 | g    | 男・女 | 無・有( ) |
| 3 | 昭和・平成・令和 年 | 流産・早産・中絶 | 普通・帝切 | g    | 男・女 | 無・有( ) |
| 4 | 昭和・平成・令和 年 | 流産・早産・中絶 | 普通・帝切 | g    | 男・女 | 無・有( ) |
| 5 | 昭和・平成・令和 年 | 流産・早産・中絶 | 普通・帝切 | g    | 男・女 | 無・有( ) |

## 4. 今までかかった病気・手術について

病気の既往 なし・あり □高血圧 □糖尿病 □喘息 □てんかん □アレルギー □肝炎

□その他( )

手術の既往 なし・あり ( 歳時, 手術名: )

服薬 なし・あり ( )

## 5. 結婚などについて

□既婚( 年 月 歳で結婚) □離別 □未婚(性交の経験 あり・なし)

## 6. 生活習慣について 宗教上の制約(輸血の禁止など) なし ・ あり ( )

タバコを 吸わない ・ 吸う (1日 本を 年間) お酒を 飲まない ・ 飲む ( 程度)