

氏名:	(ふりがな)	年齢(歳)	職業()
生年月日:	西暦 年(昭和・平成 年) 月 日	身長(cm)	妊娠前の体重(kg)
ご自宅の住所(〒)			
ご本人の連絡先 TEL:		緊急連絡先(続柄:) TEL:	
妊娠中の方のみ→	結婚: 未婚/既婚(初婚・再婚)/結婚予定 夫・パートナーの名前:		
	夫・パートナーの年齢(歳) 血液型() 職業()		

●来院の目的

妊娠について

自然妊娠: 市販の妊娠テスト (陽性 月 日・ 未検査)

不妊治療: ()

他院で妊娠確認済み 病院名() 出産予定日(年 月 日)

分娩希望: 当院出産希望(自然・無痛・帝王切開) 出産場所未定 他院で出産希望

中絶希望 その他() (病院名)

性器出血 月経異常(周期不順・無月経・量が多い・少ない・月経痛) 不妊相談

ピル希望(月経移動・その他) 緊急避妊 陰部のトラブル 子宮筋腫・卵巣嚢腫

癌検診希望 おりものの異常 その他()

●女性情報

・初潮()歳 閉経()歳 ・最終月経 月 日から 日間 ・月経周期 日(順・不順)

・性交渉(sex)の経験はありますか? あり・なし

・子宮頸癌検診を受けていますか? いいえ・はい→市町村の癌検診・会社の検診・保険適応 (いつ 年 月頃、異常:あり・なし)

●今までの妊娠・出産歴 妊娠()回 分娩()回

分娩した年月	週数	分娩様式(※1)	妊娠・分娩時の異常(※2)	児の体重	児の健康状態	病院名
年 月	週			g		
年 月	週			g		
年 月	週			g		
年 月	週			g		

※1 正常分娩/吸引分娩/帝王切開等の分娩方法をご記入ください。

※2 妊娠高血圧症候群/切迫早産/産後の大量出血等、妊娠中・出産時・産後にあった異常や入院歴等をご記入ください。

●健康状態について

今までにかかった病気	なし・あり(高血圧/糖尿病/腎疾患/心疾患/肝疾患/甲状腺疾患/血栓症/てんかん/その他())
	精神科・心療内科・カウンセリング等を受けたことはありますか? いいえ・はい
手術	なし・あり()
輸血	なし・あり(輸血した理由は?)
ぜんそく	なし・あり(最終発作はいつ頃ですか? 内服・吸入薬の使用:なし・あり→薬品名:)
アレルギー	なし・あり(薬: 食物: その他:)
内服中の薬	なし・あり()
飲酒歴	なし・あり(週 回・妊娠してやめた)
喫煙歴	なし・あり(1日 本 年間・妊娠してやめた)

●あなたの肉親や親類で次の病気にかかっている方はいますか→いいえ・はい

続柄	病名
	高血圧/糖尿病/血栓症(脳梗塞、肺塞栓など)/遺伝疾患/その他()
	高血圧/糖尿病/血栓症(脳梗塞、肺塞栓など)/遺伝疾患/その他()

●宗教上の理由等で輸血・医療行為を拒否いたしますか→いいえ・はい

