

ふりがな	生年月日		職業	身長	体重 <small>*妊娠前</small>
氏名	西暦	年 S H 年		cm	kg
	月	日 歳			
自宅住所	〒		電話番号	本人	
				緊急時	
妊娠中の 方記載	婚姻状況	夫・パートナー情報			分娩時当院までの所要時間
	<input type="checkbox"/> 既婚(初婚・再婚) <input type="checkbox"/> 未婚(結婚予定あり・なし)	名前	年齢	職業	徒歩・車 その他( )分

●本日はどのようなことで来院されましたか？

<input type="checkbox"/> 産科(妊娠の診察) 市販の妊娠テスト <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 未検査 不妊治療 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( ) 他院で妊娠確認 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済 病院名( ) 出産予定日( 年 月 日)	<input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 不正出血 <input type="checkbox"/> 月経異常 <input type="checkbox"/> 不妊相談 <input type="checkbox"/> ピル希望 <input type="checkbox"/> 緊急避妊 <input type="checkbox"/> 陰部のトラブル <input type="checkbox"/> 子宮筋腫・卵巣嚢腫 <input type="checkbox"/> がん検診希望 <input type="checkbox"/> おりもの異常 <input type="checkbox"/> その他 ( )
・分娩に関するご希望 <input type="checkbox"/> 当院分娩希望 → 無痛分娩希望 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 他院分娩希望 → 病院名( ) <input type="checkbox"/> 分娩場所未定 <input type="checkbox"/> 中絶希望 <input type="checkbox"/> その他	

●月経について

初潮	歳	閉経	歳	最終月経	月 日～	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→

結果異常	あり・なし
川崎市・横浜市 クーポン使用	あり・なし

年 月頃

●妊娠・出産について

妊娠( )回 → 分娩( )回 流産( )回 中絶( )回 子宮外妊娠( )回

\*1: 正常分娩/吸引分娩/帝王切開/中絶/流産などの分娩・処置方法をご記入下さい  
 \*2: 妊娠高血圧症候群/切迫早産/産後の大量出血など、妊娠中・出産時・産後にあった異常や入院歴をご記入下さい

分娩時期	週数	分娩様式(*1)	妊娠・分娩時の異常(*2)	出生体重	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		

●健康状態や家族歴について

これまでに かかった 病気	なし・あり	高血圧/糖尿病/心疾患/腎疾患/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 カウンセリング受診歴	なし・あり	病名 いつ頃
喘息	なし・あり	最終発作 歳 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( ) 食べ物( ) その他( )
手術	なし・あり	病名・術式など
輸血	なし・あり	輸血の理由
内服中の薬	なし・あり	薬名
飲酒歴	なし・あり	(週 回 <input type="checkbox"/> 妊娠してやめた)
喫煙歴	なし・あり	(1日 本 年間 <input type="checkbox"/> 妊娠してやめた)
ご家族の病歴	なし・あり	続柄( ): 糖尿病/高血圧/血栓症(脳梗塞)/遺伝疾患/その他( )
		続柄( ): 糖尿病/高血圧/血栓症(脳梗塞)/遺伝疾患/その他( )
輸血拒否	なし・あり	*宗教上などの理由で輸血・医療行為を拒否されますか？

\*紹介状をお持ちの方は受付へご提出下さい