

TEL ( )

職業 ( )

年 月 日

Nationality( )

(フリガナ)

氏名 \_\_\_\_\_ 年 月 日 ( 才)

〒 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

身長: \_\_\_\_\_ cm 体重: \_\_\_\_\_ kg

血液型: \_\_\_\_\_ 型 RH(+・-) タバコ( \_\_\_\_\_ 本/日)

1. 今日はどうされましたか?

- ① 生理の遅れ→市販の検査薬はされましたか? いいえ・はい → \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 結果:陰性・陽性
- ② 出血 ③月経痛・月経量が多い ④月経不順 ⑤不妊の相談 ⑥下腹部痛・腰痛
- ⑦おりものが多い・陰部のかゆみ ⑧排尿痛がある ⑨ピルの処方 ⑩緊急避妊(エコーがアカービカ)
- ⑪子宮筋腫・卵巣腫瘍がある、または気になる ⑫性病検査→おりもの・血液・のど
- ⑬妊婦健診(予定日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日)
- ⑭ その他の理由( \_\_\_\_\_ )

2. もし妊娠していたらどういたしますか?

- ① 生みたい ②相談 ③中絶したい

3. 月経について

- ① 最終月経: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から \_\_\_\_\_ 日間
- ② 周期: \_\_\_\_\_ 日型 ③閉経: \_\_\_\_\_ 歳

4. 結婚について

- ① 独身:未婚・離別・死別 性交:なし・あり( \_\_\_\_\_ 歳)
- ② 既婚:初婚・再婚 結婚した時の年齢: \_\_\_\_\_ 歳 夫 \_\_\_\_\_ 歳

5. 妊娠・出産について

- ① 過去の妊娠回数: \_\_\_\_\_ 回 出産回数: \_\_\_\_\_ 回
- ② 流産について:自然流産 \_\_\_\_\_ 回 人工中絶: \_\_\_\_\_ 回
- ③ 出産について

出産年月日	出産週数	児体重	性別	妊娠・分娩異常	施設
年 月 日	週	g		なし・あり	
年 月 日	週	g		なし・あり	
年 月 日	週	g		なし・あり	

6. 手術を受けたことや入院するような大きな病気にかかった事、また現在治療中の病気はありますか?

あり→ ( \_\_\_\_\_ 歳: \_\_\_\_\_ 歳 )

7. アレルギーはありますか?

あり→ (薬: \_\_\_\_\_、食品・ゴム・その他 \_\_\_\_\_)

8. あなたの家系(祖父母、両親、兄弟)に次の病気の方はいますか?

あり ガン( \_\_\_\_\_ ) 結核( \_\_\_\_\_ )  
糖尿病( \_\_\_\_\_ ) 高血圧( \_\_\_\_\_ )