

20 年 月 日

ふりがな		昭・平・令・西暦	
氏名		年 月 日 (歳)	職業

あてはまる所を記入または○で囲んでください

- 今日はどんな事で来られましたか
 - イ、妊娠の診断
 - (1) 他院で妊娠と言われた (月 日)
(診察のみ・尿妊娠反応・超音波検査で)
予定日 年 月 日
 - (2) 市販の妊娠判定薬で検査した (月 日)
陽性・陰性・わからない
 - ロ、月経不順 (基礎体温を測定中・測定していない)
 - ハ、子宮癌検診 希望
 - ニ、他の病院で (病名) といわれた
 - ホ、出 血 (いつから)
 - おりもの (いつから)
 - 腹 痛 (いつから)
 - 腰 痛 (いつから)
 - 月経痛 (いつから)
 - 更年期症状 (いつから)
 - 外陰部がかゆい・できもの (いつから)
 - ヘ、予防接種 (種類:)
 - ト、ピル希望 ()
 - チ、その他 ()
- 今までの妊娠経過について書いてください
 - 妊娠回数 回、自然流産 回
 - 分娩回数 回、中絶 回
- 今までに性交渉の経験はありますか (はい・いいえ)
- 薬物による副作用 無・有 ()
アレルギー体質 無・有 ()
便秘 回 / 日
- 結婚されていますか (はい・いいえ・以前していた)
いつされましたか
(昭・平・西暦 年 月 日 歳)
結婚予定 年 月 頃
- 御主人は健康ですか
健康 否 (病名) 死亡
御主人の年齢は 歳
- あなたの身長 cm 体重 kg
御主人の身長 cm 体重 kg
あなたの血液型 型 Rh ()
- 今までに病気にかかったことは (ある・ない)
糖尿病 高血圧 肺結核 腹膜炎 胃腸病
腎臓病 心臓病 甲状腺 膠原病 喘息
精神疾患 その他
- 現在、常用されている薬は (ある・ない)
薬名 ()
- 今までに手術を受けたことは (ある・ない)
虫垂炎 (盲腸) 子宮外妊娠 胎状奇胎
子宮筋腫 卵巣のう腫 卵管結紮 帝王切開
その他 ()
- あなたの御家族や親戚 (血縁) の方の病気 (ある・ない)
結核 がん 肝炎 高血圧 糖尿病 喘息 血液疾患 他
それはどなたですか? 例) 父: 肺がん
- 最近受けた子宮がん検診はいつですか
昭・平・令・西暦 年 月 頃
- 喫煙しますか? (している・していない)

分娩した年月	分 娩			
	分娩した週数	性別	体重	妊娠中・分娩時の異常の有無
(1) 年 月				
(2) 年 月				
(3) 年 月				

		流産	中絶
(1)	年 月	ヶ月	ヶ月
(2)	年 月	ヶ月	ヶ月
(3)	年 月	ヶ月	ヶ月