

注: □には、当てはまる項目にチェック✓を付けてください

■ご自身のことに関して記入ください

氏名 _____ 才 生年月日 S・H 年 月 日
 住所 _____ 電話番号 _____
 職業 _____
 身長 _____ cm 体重 _____ kg 喫煙 しない・している(1日 _____ 本)
 結婚歴 未・既婚(_____ 才時) 今まで産婦人科を受診したことが 有る・ない

■ご主人(婚約者)について

年齢 _____ 才 職業 _____

■生理について

初潮 _____ 才
 生理周期 整(_____ 日周期)・不順
注)生理周期とは生理開始日~次の生理開始日までの期間
 生理の量 多い・普通・少ない
 最近の生理開始日 _____ 月 _____ 日から _____ 日間
 その前の生理開始日 _____ 月 _____ 日から _____ 日間

■市販の妊娠検査は・・・

陽性(月 日実施) 陰性(月 日実施)
していない

■妊娠かと思い、他の病院を・・・

受診してみた
 受診日 _____ 月 _____ 日
 医療機関名 _____
 その時 _____ 週(又は、予定日 _____ 月 _____ 日)と診断
現在上記に掛っているが、里帰り分娩を予約したい
まだどこも受診していない

■もし妊娠だとしたら・・・

出産を希望 検討中 出産は無理・希望しない

■不妊治療

無 有り・医療機関名(_____)
 治療内容 _____

■つわり

まだ無い
有る(生活に支障ない・仕事を休んでいる・尿量がかかなり少ない)

■その他の症状の有無

特になし
有り(出現時期 _____)
下腹部痛(生理痛より強い場合) 茶色のおりもの
赤い出血 その他(_____)

■既往歴 今まで指摘された疾患があればチェックを

高血圧 腎疾患 性病
心疾患 糖尿病 アレルギー疾患
肺疾患 甲状腺疾患 婦人科疾患
肝疾患 血液疾患 精神疾患
その他(_____)
特になし
 服用中の薬(_____)

■手術歴(帝王切開も含む 流産・中絶は除く)

| | 診断名 | 手術名 | 輸血 |
|---|---------------|-------|-----|
| 1 | _____ 才 _____ | _____ | 有・無 |
| 2 | _____ 才 _____ | _____ | 有・無 |
| 3 | _____ 才 _____ | _____ | 有・無 |

■薬剤等のアレルギーがあれば記載を

なし ピリン系 ペニシリン アルコール
抗生剤(薬剤名 _____)
その他(薬剤名 _____)

■妊娠歴 これまでの妊娠をすべて記載ください(中絶・流産を含みます)

| | 例 | 例 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|----------|------------|--------|---|---|---|---|---|---|
| 年・月 | H18・3 | H20・5 | | | | | | |
| 週数w(月数M) | 38W | 30W | | | | | | |
| 中絶 | | | | | | | | |
| 流産 | | | | | | | | |
| 子宮外妊娠 | | | | | | | | |
| 正常分娩 | ○ | | | | | | | |
| 早産 | | ○ | | | | | | |
| 帝王切開 | | ○ | | | | | | |
| 中毒症 | | ○ | | | | | | |
| 体重 | 3100 g | 1520 g | g | g | g | g | g | g |
| 性別 | 男 | 女 | | | | | | |
| 医療機関名 | A市 ○○病院 | かしわぎ | | | | | | |