20　　年　　月　　日

| | |
|---|---|
| 〒　　－<br>住所 | TEL（自宅）　　－　　－<br>（携帯）　　－　　－ |
| ふりがな<br>氏名 | 生年月日<br>昭 ・ 平　　年　　月　　日(　　歳) |

**【診察の目的】**　あてはまるところに〇をつけてください。

1.妊娠に関すること　※妊娠検査薬（　　月　　日　陽性 ・ 陰性 ・ 調べていない ）・ 他院で受診

A.分娩希望する　当院分娩希望 ・ 里帰り分娩希望(病院名:　　)・ 未定

B.中絶希望する

C.まだ決めていない

2.生理の異常　不順 ・ 長引く ・ 多い ・ 少ない ・ 生理痛がひどい

3.不正出血　4.おりものの異常　5.腹痛・腰痛　6.外陰部のかゆみ・痛み　7.子供がほしい

8.更年期障害　9.頻尿・排尿痛　10.性病の心配　11.月経をずらしたい　12.避妊をしたい

13.子宮がん検診　※がん検診以外に経腟超音波(子宮筋腫や卵巣の状態がわかります)やその他の診察(ご相談等)を

希望しない ・ 希望する（ 超音波検査 ・ 診察 ）別に検査･診察料がかかります

| |
|---|
| 症状等をできるだけ詳しくお書きください |

**【おたずね】**　本日の体調（ よい ・ **悪い**→発熱・咳・咽頭痛・頭痛・下痢・その他　　）

＊最終月経（　　月　　日から　　月　　日　日間）（周期：　　日型 ・ 不順）（閉経　　歳）

＊初潮（　　歳）　＊未婚・結婚(　　歳)　＊性体験（ない・ある）　＊内診台の経験（ない・ある）

＊妊娠歴（ない・ある → 妊娠　　回そのうち分娩　　回）流産回数（　　回）中絶回数（　　回）

| | 分娩年月日 | 分娩週数 | 性別 | 出生体重 | 普通分娩・帝王切開 | 分娩異常・合併症 | 分娩場所 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 年　月　日 | 週　日 | 男・女 | g | 普通・帝切 | | |
| 2 | 年　月　日 | 週　日 | 男・女 | g | 普通・帝切 | | |
| 3 | 年　月　日 | 週　日 | 男・女 | g | 普通・帝切 | | |

＊血液型（ A・B・O・AB・ 不明 ）　Rh（ ＋・－・不明 ）　＊たばこ（すわない・**すう**→ 1 日　　本）

＊子宮癌検診を受けたことが　（ない・**ある**→　　年　　月頃　結果の異常 ない・**ある**→　　）

＊薬や注射で異常があったことが(ない・**ある**→薬の種類　　)

＊喘息（小児喘息を含む）が　（ない・**ある**→　　)

＊婦人科の病気を診断されたことが(ない・**ある**→子宮筋腫・卵巣嚢腫・その他病名　　)

＊婦人科以外にかかった病気が（ない・**ある**→高血圧・糖尿病・甲状腺疾患・その他病名　　治癒・治療中)

＊現在服用中のお薬が　（ない・**ある**→薬の名前　　)

＊手術をしたことが　（ない・**ある**→　　歳時　手術名　　)

＊輸血を受けたことが　（ない・**ある**→　　歳時　　)

＊ウィルス性肝炎又はキャリアと診断を受けたことが（ない・**ある**→ B 型肝炎 ・ C 型肝炎 ・ エイズ ）

＊食物アレルギーが　（ない・**ある**→食物の種類　　)

＊血縁関係に以下の病気の方はおられますか？

（ない・**ある**　→血友病等の血液疾患・高血圧・糖尿病・結核・先天性疾患・精神疾患：続柄　　）

ご提供いただきました個人情報は治療の目的以外に使用すること第三者に提供することはありません。不信な点がございましたらお申し出ください。