



フリガナ 名前			身長	cm	体重	kg
生年月日	年	月	日	才		
住所						
自宅TEL			携帯電話			
職業	専業主婦・お勤め(パート等を含む)・学生・その他					
	お勤め先名			TEL		

## 1. 本日受診した理由

- (1) 子供がほしい
- (2) 妊娠の確認：市販の検査薬を使用した(検査日 / 陽性・陰性)  
市販の検査薬を使用していない(妊娠の可能性が 有る・ない)
- (3) 月経が止まった あるいは不順 (4) 月経の量が( 多い・少ない ) (5) 不正出血がある
- (6) 陰部がかゆい (7) 下腹部が痛い (8) 妊娠健診
- (9) 里帰り出産 (分娩予定日 月 日)
- (10) 癌検診：今までに癌検診を受けた( 年 月 ) ・ 受けたことがない
- (11) おりものが多い ( 赤・ピンク・褐色・黄・白 ) (12) 子宮筋腫、卵巣嚢腫があるといわれたので
- (13) その他の理由で ( )

## 2. 月経(生理)について

- (1) 初めての月経が始まった年齢は何才ですか ( )才
- (2) 月経は順調ですか ( はい・いいえ )  
・はいと答えた方  
月経はだいたい何日位続きますか ( 日間)  
月経はだいたい何日周期ですか ( 日型) ※生理が始まってから次の生理が始まるまでの期間  
・いいえと答えた方  
月経が早くくるとき、遅くくるときの両方を書いてください  
早いとき( 日位) 遅れてくるとき( 日位)  
その他( )
- (3) 最近の月経はいつでしたか  
( )年 ( )月 ( )日から( )日まで( )日間続いた
- (4) 月経の量は ( 多い・普通・少ない )
- (5) 月経のとき、痛みがありますか ( はい・いいえ )  
・はいと答えた方  
痛みの時期 月経( )日目から( )日目まで  
程度 寝込む・仕事を休む・無理をして仕事をする・普通  
症状 下腹痛・腰痛・頭重感・めまい・気分不安定・吐き気・  
いらいら・下痢・便秘・疲れやすい  
その他( )

病院記入欄	
w	d
採尿 有・無	

## 3. 閉経について

いつでしたか ( )年( )月( )日( )才

## 4. 不妊の相談にいらした方へ

避妊期間 / なし・あり( )年( )月~( )年( )月迄

検査治療を受けましたか

受けない・受けた( )年( )月~( )年( )月迄

## 5. 結婚について

している ( 年 月 日 ) ・ していない (SEXの経験 有 ・ 無 )  
同棲中 ・ 離婚した ・ 再婚した ( 年 月 日 )

## 6. 夫について

生年月日 ( )年( )月( )日 ( )才  
会社名 ( )  
会社TEL ( ) 携帯電話 ( )

## 7. あなたの親族に癌(ガン)、糖尿病等遺伝する病気はありませんか

ない ・ ある (あなたとの続柄 ) ・ 病名 ( )

## 8. 今までにかかった病気、受けた手術、アレルギーの有無について

- (1) 病気になったり、手術を受けたことがありますか ( はい ・ いいえ )  
病気 / 肺炎 ・ 肺結核 ・ 肋膜炎 ・ 胃腸炎 ・ 胃炎 ・ 腹膜炎 ・ 性病 ・ 心臓病 ・ 甲状腺疾患 ・ 喘息 ・ リウマチ ・  
その他 ( )  
手術 / 虫垂炎(盲腸炎) ・ 子宮筋腫 ・ 卵巣嚢腫 ・ 子宮外妊娠 ・ 卵管結紮 ・ 子宮後屈 ・  
その他 ( )
- (2) アレルギー症状を起こす薬はありますか  
はい (薬剤名: ) ・ いいえ
- (3) 現在、常用している薬はありますか はい (薬剤名: ) ・ いいえ

## 9. あなたの妊娠、出産について下の表に数字と○印を記入して下さい (※必ずご記入下さい)

出産年月日	出産					赤ちゃんの体重・性別	手術				出産場所
	正常	さかご	吸引鉗子分娩	早産	死産		子宮外妊娠	帝王切開	流産	中絶	
例 14年 1月 1日	○					( 3,000g ) ○男・女					名古屋市 まのレディースクリニック
年 月 日						( ) 男・女					
年 月 日						( ) 男・女					
年 月 日						( ) 男・女					
年 月 日						( ) 男・女					

## 10. 喫煙・飲酒について

たばこ : 吸わない ・ 以前吸っていた ・ 現在吸っている ( 本 / 日 )  
飲酒 : しない ・ ときどきする ・ ほぼ毎日する ( を / 日 )