



※すべてご記入ください

フリガナ 名前		身長	cm	体重	kg
生年月日	S・H 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 ・ 隆性)
 陽性の場合(1. 分娩希望 2. 中絶希望)
 市販の検査薬を使用していない(妊娠の可能性が ある ・ ない)
 (3)月経が止まった (4)月経不順 (5)月経の量が(多い ・ 少ない) (6)不正出血がある
 (7)陰部がかゆい (8)下腹部が痛い (9)妊娠健診
 (10)里帰り出産(分娩予定日 月 日)
 (11)癌検診:今までに癌検診を受けた(年 月) ・ 受けたことがない
 (12)おりものが多い(赤・ピンク・褐色・黄・白) (13)子宮筋腫・卵巣囊腫があるといわれたので
 (14)その他の理由で ()

2. 薬について

- (1)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
 (2)現在常用している薬はありますか
 はい (薬剤名:) ・ いいえ
 (3)飲めない薬はありますか はい(粉 ・ 錠剤 ・ カプセル) ・ いいえ
 (4)牛乳によるアレルギーを起こしたことはありますか (はい ・ いいえ)

3. 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)

- (3)最近の月経はいつでしたか
 ()年 ()月 ()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・
 いろいろ・下痢・便秘・疲れやすい

その他()

病院記入欄

W	d
T	採尿 有・無

4. 閉経について

いつでしたか ()年()月()日()才

5. 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

6. 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)

7. 夫について

氏名() 携帯電話()

生年月日()年()月()日()才

会社名() 会社TEL()

8. 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(あなたの続柄)・病名()

9. 今までにかかった病気、受けた手術

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・リュウマチ・その他()

手術／虫垂炎(盲腸炎)・子宮筋腫・卵巣囊腫・子宮外妊娠・卵管結紮・子宮後屈・

その他()

10. 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

出産年月日	出産						手術				出産場所
	正常	さかご	吸引鉗子分娩	早産	死産	赤ちゃんの体重・性別	子宮外妊娠	帝王切開	流産	中絶	
例 14年 1月 1日	○					(3,000g) 男・女					津島市 真野産婦人科
年 月 日						(g) 男・女					
年 月 日						(g) 男・女					
年 月 日						(g) 男・女					
年 月 日						(g) 男・女					

11. 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)