

フリガナ  
氏名..... 生年月日 T・S・H 年 月 日 ( 歳 )

住所 〒..... 職業 ( 具体的に )

連絡可能な電話番号 ( ..... ) ..... (※携帯電話優先でお願いします)

身長 ..... cm 体重 ..... kg

以下の下線部には数値を、当てはまる項目は口にチェックをお願いいたします

1. 月経についてお聞きします  
最終月経は \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日に開始 \_\_\_\_ 日間  
初潮は \_\_\_\_ 才 周期は  順調 \_\_\_\_ 日周期  不順  
月経量 ( 多 ・ 普 ・ 少 )  
月経痛は  あり ( 強 ・ 中 ・ 弱 )  なし
2. 市販の妊娠判定薬は実施しましたか?  
 あり \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日に実施 ( 検査結果 : 陽性 ・ 陰性 )  なし
3. 今回の妊娠成立法についてお聞きします  
 自然妊娠  不妊治療後妊娠  その他 ( )
4. 他の産婦人科を受診していますか?  
 いいえ  はい ( 医療機関名 ) 紹介状  なし ・  あり
5. 母子手帳はお持ちですか?  
 なし  あり ( 出産予定日 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日 )
6. 現在、結婚していますか?  
 結婚している 配偶者の現在の年齢 ( \_\_\_\_ 歳 )  
 結婚していない (  入籍予定がある \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 予定 ) ・ 離婚経験  なし ・  あり
7. アレルギーについてお聞きします  
薬のアレルギー :  なし ・  あり ( 薬品名 )  
食物アレルギー :  なし ・  あり ( 食物名 )  
その他のアレルギー :  なし ・  あり ( )
8. 現在受診中の医療機関はありますか?  
 なし  
 あり (  産科  婦人科  内科  外科  整形外科  皮膚科  眼科  耳鼻咽喉科  精神科 )
9. 今までに指摘されたことのある産婦人科疾患についてお聞きします  
 子宮筋腫  子宮内膜症  子宮腺筋症  子宮奇形  卵巣腫瘍  特になし  
 その他 ( 病名 )
10. 今までに指摘されたことのある病気についてお聞きします  
 高血圧  糖尿病  腎疾患  心疾患  甲状腺疾患  肝炎  自己免疫疾患  
 脳梗塞  脳内出血  てんかん  精神疾患  血液疾患  悪性腫瘍  血栓症  
 喘息 ( 最終発作は \_\_\_\_ 歳 )  その他 ( 病名 )  特になし
11. 現在、服用している薬はありますか?  
 なし ・  あり ( 薬品名 : )

裏面へお願いします

12. 過去に手術を受けたことがありますか？  
 なし ・  あり（ ）
13. ご自分のご両親あるいは兄弟姉妹に、以下の病気を現在もしくは過去に持った方がいますか？  
 高血圧  糖尿病  静脈血栓塞栓症  その他の遺伝性疾患（病名： ）  なし
14. 子宮がん検診を受けたことがありますか？  
 あり（最後に受けたのは\_\_\_\_年\_\_\_\_月）  なし
15. 子宮頸部円錐切除術についてお聞きします  
 受けたことがない  受けたことがある（受けたのは\_\_\_\_年\_\_\_\_月） 病院名\_\_\_\_\_
16. 過去に輸血を受けたことがありますか？  
 なし ・  あり（ ）
17. 過去3カ月以内に以下のことはありましたか？（ありの場合チェック）  
 発熱  発疹  頸部リンパ節の腫れ  風疹患者との接触  児童との接触が多い職場での就労
18. 過去の妊娠や出産についてお聞きします  
 今回が初めての妊娠  過去に妊娠したことがある 妊娠\_\_\_\_回

出産・流産・中絶歴があれば記入して下さい

年 月	週	経膣・帝王切開 流産・中絶・その他	g	男・女 (健・否)	当院出産 他院出産（ ）
年 月	週	経膣・帝王切開 流産・中絶・その他	g	男・女 (健・否)	当院出産 他院出産（ ）
年 月	週	経膣・帝王切開 流産・中絶・その他	g	男・女 (健・否)	当院出産 他院出産（ ）
年 月	週	経膣・帝王切開 流産・中絶・その他	g	男・女 (健・否)	当院出産 他院出産（ ）
年 月	週	経膣・帝王切開 流産・中絶・その他	g	男・女 (健・否)	当院出産 他院出産（ ）

妊娠中や分娩時の異常について（ありの場合はチェック）

- 切迫流早産  妊娠高血圧症候群（妊娠中毒症）  常位胎盤早期剥離  ヘルプ症候群  
 分娩時大量出血  その他（ ）
19. 過去に分娩した児についてお聞きします（あてはまる場合、すべてにチェック）  
 肩甲難産  死産  新生児死亡  B群溶連菌（GBS）感染症  新生児仮死  
 その他（ ）
20. 喫煙・飲酒についてお聞きします  
 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）
21. 気になる症状や相談したいことがありましたらご記入ください
- .....
- .....

22. 今回の妊娠での分娩先の希望はありますか？  
 新家産婦人科医院希望  
 ※当院は無痛分娩を取り扱っています  希望あり  検討中  希望なし  
 里帰り出産希望（里帰り先 ）  転院希望（転院先 ）  
 分娩先未定（まったく考えていない ・ 里帰りか自宅近辺か未定）  
 産むか悩んでいる  中絶希望

- 
- ◇ 当院では患者様をお名前でお呼びしています。ご了承いただけますか？ はい ・ いいえ（ ）
- ◇ 診療内容によって順番が前後することがあります。あらかじめご了承ください。
- ◇ 宗教上医療の制限、食事の制限などがある方は必ず病院スタッフへお声かけください。
- ◇ 当院ではオンラインにて保険証や薬剤情報など必要な情報を取得・活用して診察を行っております。

ご記入いただきましてありがとうございました。受付までお持ちくださいますようお願いいたします。 医療法人社団慈恩会 新家産婦人科医院