フリガナ　　〒

名前＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

生年月日　昭/平　　年　　月　　日（　歳）　身長　　cm　体重　　kg　職業＿＿＿＿＿＿

携帯電話　　－　　－　　電話番号　　－　　－　　体温　　度

★本日風邪･熱･倦怠感･味覚異常など体調不良は　ある･　ない

★コロナ患者の濃厚接触者で。　ある･　ない

★最近、海外への渡航歴は　ある･　ない

1. 受診の目的について

〈産科〉 当てはまる項目に□もしくは〇をつけて下さい

□妊娠か知りたい　検査日：　月　日　陽性･陰性

□当院での分娩希望　出産予定日：　月　日

□妊娠中の薬の相談　□中絶を希望したい

□授乳中の相談

（ 痛み ・ しこり ・ 発熱 ・ 乳房マッサージ希望 ・ 断乳希望 ・ 薬の相談 ）

〈婦人科 〉 当てはまる項目に□もしくは〇をつけて下さい

□月経の異常　（ 月経が来ない ・ 量が多い ・ 量が少ない ・ 月経痛が強い ・ 長引く･不順 ）

□不正出血　　月　日から（ 時々･ 持続的に ）あり、量は（ 多い ・ 少ない ）

□痛みがある　（ 腹痛 ・ 腰痛 ・ 外陰部 ・ 排尿痛 ・ 性交痛 ・ その他　　）

□陰部の異常　（ かゆみがある ・ 痛みがある ・ しこりがある ・ 腫れている ）

□おりものの異常　（ 量が多い ・ 色がつく ・ においが気になる ）

□更年期障害の心配　（ ほてり･ 発汗 ・ 肩こり ・ 不眠 ・ めまい ）

□検診で異常を指摘された

（ 子宮筋腫 ・ 子宮内膜症･ ポリープ ・ 卵巣嚢腫 ・ 貧血症 ・ その他　　）

□検査の希望　（ 子宮がん検診 ・ 性感染症の検査 ・ 風疹抗体検査 ）

□ワクチン接種希望　（ 風疹麻疹混合(MR) ・ インフルエンザ ）

□避妊の相談　（ 定期的なピル服用希望 ・ 避妊リング希望 ・ 緊急避妊薬希望 ）

□月経調節希望　生理が来ては困る日：　年　月　日から（　日間）

□その他（　　）

2. 月経についてお答え下さい

初潮（　歳） 月経周期（約　日間隔） 閉経（　歳）

最終生理（一番最近の生理）　年　月　日から（　日間）

3. 妊娠･分娩についてお答え下さい　※妊娠した事が （ ある ・ ない ）

	妊娠･出産時期	妊娠経過	分娩様式	出生体重	性別	異常の有無
1	昭和･平成･令和　年	流産･早産･中絶	普通･帝切	g	男･女	無･有（　）
2	昭和･平成･令和　年	流産･早産･中絶	普通･帝切	g	男･女	無･有（　）
3	昭和･平成･令和　年	流産･早産･中絶	普通･帝切	g	男･女	無･有（　）
4	昭和･平成･令和　年	流産･早産･中絶	普通･帝切	g	男･女	無･有（　）
5	昭和･平成･令和　年	流産･早産･中絶	普通･帝切	g	男･女	無･有（　）

4. 今までかかった病気･手術について

病気の既往　なし･あり　□高血圧　□糖尿病　□喘息　□てんかん　□アレルギー　□肝炎

□その他（　　）

手術の既往　なし･あり（　歳時，手術名：　　）

服薬　なし･あり（　　）

5. 結婚などについて

□既婚（　年　月　歳で結婚）　□離別　□未婚（**性交の経験　あり･なし**）

6. 生活習慣について　　宗教上の制約（輸血の禁止など） なし ・ あり （　　）

タバコを　吸わない ・ 吸う（1日　本を　年間）　お酒を　飲まない ・ 飲む （　　程度）