

ふりがな 氏名		生年月日 (西暦 年) 昭和・平成 年 月 日 ( 歳)	
現住所	〒	未婚・既婚	ご職業:
		身長 cm	体重 (非妊時) kg
連絡先:(自宅)		(携帯)	
当院での診察は初めてですか? はい ・ いいえ			

[1] 今回はどのような症状で来院されましたか?

① 妊娠 市販の妊娠検査をされた方 → 月 日に ( 陽性 ・ 陰性 )  
 他院で妊娠確定されましたか? はい ・ いいえ [母子手帳 あり・なし / 紹介状 あり・なし]  
 今回の妊娠は? ( 出産希望 ・ 中絶希望 ・ 考え中 ) 出産予定日 年 月 日  
 当院で分娩希望 ( はい ・ いいえ ・ 考え中 ) 無痛分娩希望 ( はい ・ いいえ ・ 考え中 )

② 生理不順	③ 生理痛	④ おりもの	⑤ 陰部のかゆみ
⑥ 下腹部痛	⑦ 不正出血	⑧ 子宮がん検診希望	⑨ ブライダルチェック
⑩ 不妊相談 他院での診療(有・無)	⑪ A 低用量ピル B 緊急ピル	⑫ 定期検診希望 病名( )で通院中	⑬ 月経をずらしたい ( / ~ / を避けたい)
⑭ その他 ( )			

診察ご希望の医師がございましたら、ご記入ください。( )

[2] あなたの月経について

初潮(初めての生理): 歳 閉経: 歳  
 月経周期: 順( 日型) ・ 不順  
 月経時の症状:( なし ・ 腹痛 ・ 腰痛 ・ 頭痛 )  
 症状があるとき痛み止めを使用しますか?( はい ・ いいえ )  
 一番最近の生理: 年 月 日から 日間

[3] 性交渉(セックス)の経験はありますか? ( はい ・ いいえ )

[4] 今までに妊娠したことはありますか? (子宮外妊娠なども含む) ( はい ・ いいえ )

「はい」とお答えの方 ⇒該当する口にチェック入れ、枠内をご記入ください

□自然分娩( 回) □帝王切開( 回) □流産( 回) □子宮外妊娠( 回)  
 □中絶( 回 年 妊娠 週のと き 年 妊娠 週のと き )  
 □その他( )

※西暦でご記入下さい		他院(施設名)	分娩時の異常
年	月 日(経腔・帝王切開)	週 g 男・女 当院・[ ]	[ ]
年	月 日(経腔・帝王切開)	週 g 男・女 当院・[ ]	[ ]
年	月 日(経腔・帝王切開)	週 g 男・女 当院・[ ]	[ ]
年	月 日(経腔・帝王切開)	週 g 男・女 当院・[ ]	[ ]
年	月 日(経腔・帝王切開)	週 g 男・女 当院・[ ]	[ ]

⇒裏面もご記入ください。

