

年 月 日

氏名	(ふりがな)	職業	住所	〒	-
	T. S. H			年 月 日生 ( 才)	
結婚		未婚 ・ 既婚			

夫		職業	電話	①	-	-
	T. S. H			年 月 日生 ( 才)	②	-

\* いつもの体重      kg 身長      cm

\* 本日、来院された理由は何ですか？ 当てはまる箇所を○で囲んでください。

妊娠の確認      妊娠経過 ( 分娩予定日      年      月      日 )  
 出血      下腹痛      腰痛      おりもの      かゆみ      尿の異常      生理不順  
 更年期障害      子宮癌検診      その他(      )

\* 最後の生理は、いつですか？

令和      年      月      日から      日間 ,      生理周期 約      日 ( 整 ・ 不整 )  
 性交渉の経験 ( 無 ・ 有 )      閉経 (      才)

\* 妊娠の可能性がある方にお聞きいたします、妊娠検査薬をお試しになりましたか？

検査した ( 令和      年      月      日 陽性 ・ 陰性 )      検査していない  
 分娩希望 ( 当院 ・ 未定 )      中絶希望      決めていない

\* 妊娠      回 , 分娩      回 , 流産      回 , 人工中絶      回 , その他      回

\* 6カ月以内に、子宮癌検診をお受けになりましたか？

受けた ( 令和      年      月      日 )      受けていない

\* 過去の病気(既往歴)がありましたら、ご記入ください。

(      )

\* 喫煙歴      無 ・ 有 ( 禁煙 ・ 喫煙中 )

\* 現在、お飲みになられているお薬はありますか？      例 ) 頭痛薬

いいえ      はい ( 薬名      )

\* 今までに薬剤でアレルギーが出た事は、ありますか？      例 ) 抗生物質で発疹

いいえ      はい (      )

\* 薬剤以外のアレルギーは、ありますか？      例 ) 花粉症

いいえ      はい (      )