

初診 年 月 日 産婦人科外来病歴

外来番号No.

氏名	(ふりがな) 様 T・S・H 年 月 日生 (才)	職業	配偶者	様 T・S・H 年 月 日生 (才)	職業			
家族歴	異常 無・有 実父(病名: ) 実母(病名: ) 兄弟姉妹(病名: )							
既往歴	心疾患・肝疾患・腎疾患・高血圧・糖尿病・貧血症・婦人科疾患 緑内障・喘息・精神疾患・その他( )			手術	無・有 ( 年 月)			
アレルギー	無・有 薬剤 食品 その他		喫煙歴	無・有 ( 禁煙・喫煙中 )				
月経	初潮 ( 才) 閉経 ( 才)	随伴症状: 下腹痛・腰痛・その他 ( )						
結婚	未婚・既婚 ( 才)	血族結婚 無・有 ( )						
既往妊娠分娩産褥	年 月 日 週・日	男・女	体 重	健・否	分娩産褥経過	栄 養	施 設	
1	S H	・		健・否		母・人・混		
2	S H	・		健・否		母・人・混		
3	S H	・		健・否		母・人・混		
4	S H	・		健・否		母・人・混		
産褥	妊娠 回、分娩 回、流産(自然) 回、(人工中絶) 回、その他 回							
主訴	妊娠の確認(分娩希望、中絶希望) 妊娠経過・つわり・出血・下腹痛 おりもの・かゆみ・月経不順・不妊相談・更年期障害・避妊相談・緊急避妊希望 子宮癌検診・その他 ( )							
妊婦健診(当院・他院)	( )			分娩場所(当院・他院・未定) ( )				
その他	最終月経 年 月 日より 日間	1年以内に子宮癌検査をお受けになりましたか? 無・有 ( 年 月 日)						
	※妊娠検査薬はお試しになりましたか? 月 日 陽性・陰性	分娩予定日 年 月 日				本人		
					いつもの重	kg		
					身長	cm		
					血液型	型		
					R H	- +		
					尿蛋白	- ± +		
					尿糖	- ± +		
				血圧	/			
				脈拍				
紹介状持参 無・有 ( )	紹介者 ( )			本体 日 重	kg			