

↓ お名前のふりがな

氏名	()
生年月日 西暦	年 月 日 年齢 () ご職業 ()
ご自宅の住所 (〒 -)	☎
ご実家の住所 (〒 -)	☎
ご本人携帯☎	(パートナー氏名 続柄 ☎)
緊急連絡先☎	お名前 続柄 *診察内容にかかわらず必ずご記入ください

●妊娠について 最終月経 月 日から 日間 月経周期 日～ 日ごと(順・不順)
 今回の妊娠直前の体重 () kg 身長 () cm BMI (当院記入) ()

<input type="checkbox"/> 妊娠の可能性：市販の妊娠テスト (<input type="checkbox"/> 陽性 月 日 ・ <input type="checkbox"/> 未検査)
<input type="checkbox"/> 当院出産希望 (<input type="checkbox"/> 無痛和痛 <input type="checkbox"/> 自然 <input type="checkbox"/> 里帰り <input type="checkbox"/> 帝王切開) <input type="checkbox"/> 出産場所未定 <input type="checkbox"/> 他院で出産希望
<input type="checkbox"/> 中絶希望 <input type="checkbox"/> 出産か中絶か未定
<input type="checkbox"/> 他院で妊娠確認済み 病院名 () 受診日・週数 (.)

●前医で言われていることやご相談など (ご出産予定日 年 月 日)

--

●今までにかかった病気や現在治療中の病気、内服薬について ・ありの場合は (内容) をご記入下さい

入院	なし ・ あり ()
手術	なし ・ あり (筋腫の手術・帝王切開・円錐切除・中絶手術・その他：)
輸血	なし ・ あり (輸血した理由は？)
ぜんそく	なし ・ あり (最終発作はいつ頃ですか？(小発作も含む))
アレルギー	なし ・ あり (花粉・金属・ゴム・ラテックス・その他：)
食物アレルギー	なし ・ あり (キウイ・パイナップル・その他：)
処方されたお薬	なし ・ あり ()
内服中の処方薬	なし ・ あり ()
メンタルの病気	なし ・ あり ()
その他、筋腫等	なし ・ あり (切迫早産入院・筋腫・子宮の形の異常・高血圧・糖尿病 RHマイナス・梅毒 ・ B型肝炎・C型肝炎・HIV・クラミジア・淋病 ・コンジローマ)

●ご家族のご病気について (父母・兄弟姉妹・祖父母)

続柄	病名	経過
		高血圧・糖尿病・ぜんそく・その他 ()
		高血圧・糖尿病・ぜんそく・その他 ()

●今までの妊娠・出産歴 妊娠 () 回 分娩 () 回 ※記入欄が足りない時は欄外にお書き下さい。

当時の年齢	週数	性別	児の体重	方法	母子の経過
才	週	男・女	g	自然・無痛・鉗子・吸引・帝王切開・流産・早産・中絶	
才	週	男・女	g	自然・無痛・鉗子・吸引・帝王切開・流産・早産・中絶	
才	週	男・女	g	自然・無痛・鉗子・吸引・帝王切開・流産・早産・中絶	
才	週	男・女	g	自然・無痛・鉗子・吸引・帝王切開・流産・早産・中絶	