

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 (〒 - )					☎
患者様ご本人携帯☎					
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

<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"/> 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

●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
○を付けて下さい	RHマイナス・梅毒・B型肝炎・C型肝炎・HIV。・その他( )

●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	

●教えて下さい。当院をお知りになった方法：知人・通りがかり・ご家族・Facebook・Instagram・当院ホームページ・他