

お名前のふりがな

戸籍の氏名 () ご職業 ()

生年月日 西暦 年 月 日 年齢 () 未婚 入籍予定 既婚 (初婚・再婚)

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 (順・不順)
 今回の妊娠直前の体重 () kg 身長 () cm BMI ()

妊娠の可能性：市販の妊娠テスト (陽性 月 日 ・ 未検査)

当院出産希望 (無痛和痛 自然 里帰り 帝王切開) 出産場所未定 他院で出産希望

中絶希望 出産か中絶か未定 当院のお産の特長や他院との比較が知りたい

他院で妊娠確認済み 病院名 () 受診日・週数 (.)

不妊治療の経験 ない・ある ()

緊急避妊アフターピル希望 (性交日時 月 日 時頃)

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 ()
輸血	なし ・ あり ()
ぜんそく	なし ・ あり ()
アレルギー	なし ・ あり ()
食物アレルギー	なし ・ あり ()
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	なし ・ あり ()
その他	なし ・ あり ()

●ご家族のご病気について (祖父母・父母・兄弟姉妹)

続柄	病名	経過
		<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> その他 ()
		<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> 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	

●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