

## ■ご自身のことに関して記入ください

|                                     |                                          |
|-------------------------------------|------------------------------------------|
| 氏名：_____ ( 歳 )                      | 生年月日：S・H・R 年 月 日                         |
| 住所：〒_____                           |                                          |
| 職業：_____                            | 電話番号：_____                               |
| 身長_____cm・非妊時体重_____kg・現在の体重_____kg | 喫煙：しない・やめた・している(1日 本)                    |
| 結婚歴：未・結婚_____回・離婚_____回             | 妊娠歴 妊娠_____回・出産_____回                    |
| 今まで産婦人科を受診したことがある・ない                | 婦人科 癌検診を受けて：いる(頸癌・体癌/最終検査_____年_____月)・無 |
| 子宮頸がんワクチン接種：済 (回数 1・2・3 ) ・未        | 経産婦の場合、断乳は完了して いる・いない                    |

## ■パートナーについて

年齢\_\_\_\_\_歳 職業\_\_\_\_\_

## ■生理について

初経\_\_\_\_\_歳

生理周期 整 (\_\_\_\_\_日周期) ・不順

(注) 生理周期とは、生理初日～次の生理初日までの日数

生理の量 多い・普通・少ない

最近の生理 月 日から 日間

その前の生理 月 日から 日間

## ■市販の妊娠検査は…

☐陽性(検査日\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日) ☐陰性(検査日\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日)☐やっていない

## ■妊娠かと思い、他の医療機関を…

☐受診してみた

受診日\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

医療機関名\_\_\_\_\_

診断は…妊娠\_\_\_\_\_週・予定日\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

☐現在上記に通院中だが、里帰り分娩を当院で希望

実家住所 \_\_\_\_\_

☐未だどこも受診していない

## ■もし妊娠だとしたら…

☐出産を希望 ☐検討中 ☐出産は無理・希望しない

## ■不妊治療

☐無 ☐有(医療機関名\_\_\_\_\_)

タイミング・AIH・IVF・提供卵子

\*紹介状をお持ちの方は、受付に提出ください

## ■つわり

☐まだない☐有る(生活に支障ない・仕事休んでいる・尿量かなり少ない)

## ■その他の気になる症状

☐特になし☐有り(いつから? \_\_\_\_\_)☐生理痛以上の下腹部痛 ☐茶～ピンクのおりもの☐赤い出血 ☐その他( \_\_\_\_\_)

## ■既往歴(今までに指摘された疾患があればチェックを)

☐高血圧 ☐腎疾患 ☐性病(クラミジア・梅毒・トリコモナス・他)☐心疾患 ☐糖尿病 ☐パセドウ・橋本病 ☐乳がん☐喘息(小児期のみ・最近も) ☐花粉症 ☐膠原病☐精神疾患(病名 \_\_\_\_\_)☐婦人科疾患(筋腫・内膜症・卵巣腫瘍・頸部異形成・円錐切除後)☐その他(病名 \_\_\_\_\_)

## ■手術歴(帝王切開も含む/流産・中絶は除く)

| 時期        | 病名    | 術式    | 輸血        | 医療機関名 |
|-----------|-------|-------|-----------|-------|
| 1) _____歳 | _____ | _____ | ・有無・_____ | _____ |
| 2) _____歳 | _____ | _____ | ・有無・_____ | _____ |
| 3) _____歳 | _____ | _____ | ・有無・_____ | _____ |
| 4) _____歳 | _____ | _____ | ・有無・_____ | _____ |

## ■服用中の薬 無・有

薬剤名 ( \_\_\_\_\_ )

## ■食事アレルギー 無・有(内容 \_\_\_\_\_)

## ■薬剤アレルギー 無・有(薬剤名 \_\_\_\_\_)

その他アレルギー 無・有(アルコール・ラテックス・金属・他 \_\_\_\_\_)

## ■妊娠歴：妊娠\_\_\_\_\_回・出産\_\_\_\_\_回・自然流産\_\_\_\_\_回・人工妊娠中絶\_\_\_\_\_回・異常妊娠\*\_\_\_\_\_回・死産\_\_\_\_\_回

\*子宮外妊娠・胎状奇胎などは、異常妊娠に含めてください

裏面に具体的な記載をお願いします・該当箇所には○をつけてください

## ■ その他、担当医に伝えたいことがありましたら、記載ください

# 妊娠歴

|                | 例   | 例        | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|----------------|-----|----------|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 年・月/歳          | 18歳 | R5.12.8. |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 週数w/月数M        | 2M  | 40w      |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 中絶             | ○   |          |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 流産             |     |          |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 子宮外妊娠          |     |          |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 胞状奇胎 他         |     |          |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 早産             |     |          |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 正常分娩           |     |          |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 帝王切開（緊急）<br>理由 |     | ○<br>早剥  |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 帝王切開（予定）<br>理由 |     |          |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 血圧上昇           |     | ○        |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 妊娠性糖尿病         |     |          |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 子宮頸管縫縮術        |     |          |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 輸血した           |     | ○        |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 出生時体重          |     | 3350 g   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 性別             |     | 女児       |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 児の異常（疾患名）      |     |          |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 出産した医療機関名      |     | Aクリニック   |   |   |   |   |   |   |   |   |