

年 月 日

氏名	(ふりがな)	職業	住	〒 -
	T. S. H 年 月 日生 (才)			
結婚	未婚・既婚		所	自宅 又は 実家( 様)
夫	T. S. H 年 月 日生 (才)	職業		携帯

いつもの体重 kg 身長 cm 本日の体重 kg 本日の血圧 /

\* 本日、来院された理由は何ですか？ 当てはまる箇所を○で囲んでください。

妊娠の確認 妊娠経過 ( 分娩予定日 年 月 日 )  
出血 下腹痛 腰痛 おりもの かゆみ 尿の異常 生理不順  
更年期障害 子宮癌検診 その他 ( )

\* 最後の生理は、いつですか？

平成 年 月 日から 日間, 生理周期 約 日 ( 整・不整 )

\* 妊娠の可能性がある方にお聞きいたします、妊娠検査薬をお試しになりましたか？

検査した ( 平成 年 月 日 陽性・陰性 ) 検査していない  
分娩希望 ( 当院・未定 ) 中絶希望 決めていない  
妊娠 回, 分娩 回, 流産 回, 人工中絶 回, その他 回

\* 6カ月以内に、子宮癌検診をお受けになりましたか？

受けた ( 平成 年 月 日 ) 受けていない

\* 過去の病気(既往歴)がありましたら、ご記入ください。

( )

\* 喫煙歴 無・有 ( 禁煙・喫煙中 )

\* 現在、お飲みになられているお薬はありますか？ 例 ) 頭痛薬

いいえ はい ( 薬名 )

\* 今までに薬剤でアレルギーが出た事は、ありますか？ 例 ) 抗生物質で発疹

いいえ はい ( )

\* 薬剤以外のアレルギーは、ありますか？ 例 ) 花粉症

いいえ はい ( )