

初診

年 月 日

産婦人科外来病歴

外来番号No.

氏名	(ふりがな)		職業	配偶者	職業	
	様				様	
家族歴	異常 無・有		実父(病名:)	実母(病名:)		兄弟姉妹(病名:)
既往歴	心疾患・肝疾患・腎疾患・高血圧・糖尿病・貧血症・婦人科疾患			手術	無・有(年 月)	
	緑内障・喘息・精神疾患・その他()			術		
アレルギー	無・有		・薬剤 ・食品 ・その他	喫煙歴	無・有(禁煙・喫煙中)	
月経	初潮(才)		閉経(才)	随伴症状: 下腹痛・腰痛・その他()		
	周期 順調(日型)		不調(短い時 日~長い時 日)	性交渉の経験 無・有		
結婚	未婚・既婚(才)		血族結婚 無・有()			
既往妊娠分娩産褥	年 月 日 週・日	男・女	体 重	健・否	分娩産褥経過	栄養 施設
	1 S H	・		健・否		母・人・混
	2 S H	・		健・否		母・人・混
	3 S H	・		健・否		母・人・混
	4 S H	・		健・否		母・人・混
産褥	妊娠 回、分娩 回、流産(自然) 回、(人工中絶) 回、その他 回					
主訴	妊娠の確認(分娩希望、中絶希望) 妊娠経過・つわり・出血・下腹痛 おりもの・かゆみ・尿の異常・月経不順・不妊相談・更年期障害・避妊 癌検診(子宮・乳房)・その他()					
その他	最終月経 年 月 日より 日間			1年以内に子宮癌検査をお受けになりましたか? 無・有(年 月 日)		
	※妊娠検査薬はお試しになりましたか? 月 日 陽性・陰性			分娩予定日 年 月 日		本人
				いつもの体 重	kg	
				身長	cm	
				血液型	型	
				R H	- +	
				尿蛋白	- ± +	
				尿糖	- ± +	
			血 圧	/		
			脈 拍			
紹介状持参 無・有()			紹介者		本日 体重	kg

愛育病院