

I 本日はどうなさいましたか

- 1 妊娠(したかもしれない)
市販の検査薬は使用されましたか(はい・いいえ) はいの方は結果はどうでしたか(+・-)
妊娠を継続されますか (継続する・悩んでいる・継続しない)
分娩先のご希望は (当院での分娩・他院への転院や里帰り分娩・考え中)
- 2 月経異常 (量が多い・少ない・規則正しくない・痛みがひどい)
- 3 不正出血 (いつもと違う出血:赤・ピンク・褐色)
- 4 おりものがある (黄色・白色)
- 5 外陰部に(かゆみ・痛み)がある
- 6 更年期症状がある (不眠・のぼせ・めまい・ドキドキする)
- 7 下腹部にしこりがある (子宮筋腫がある・卵巣がはれている、といわれた)
- 8 下腹部痛がある
- 9 子供ができない
- 10 尿の具合が悪い
- 11 ガンの検査をしたい
- 12 生理をずらしたい
- 13 避妊に失敗した(日 時頃)
- 14 その他

II あなたの月経について

- 1 初潮はいつですか _____ 歳
- 2 月経周期(月経のはじまった日から
次の月経の前日まで) _____ 日型

順調ですか (はい・いいえ・閉経した)

最終月経はいつからでしたか _____ 閉経した方は
(年 月 日 ~ 日間)または(_____ 歳まで)

量はどうですか (普通・多い・少ない・バラバラ)

痛みはありますか (はい(下腹痛・腰痛)・いいえ)

III あなたの結婚、妊娠、分娩について

- 1 結婚した年齢 _____ 歳 (初婚・再婚)
- 2 性交の経験はありますか (ある・ない)
- 3 妊娠したことはありますか (ある 回・ない)
自然流産 _____ 回 人工妊娠中絶 _____ 回
分 娩 _____ 回 (帝王切開 _____ 回)

	出産年(現在)		分娩週数	分娩異常の有無	
	出生時の体重	性別		現在の様子	
第1子	S・H 年(才)	週	有・無		
	g	男・女	健康・否		
第2子	S・H 年(才)	週	有・無		
	g	男・女	健康・否		
第3子	S・H 年(才)	週	有・無		
	g	男・女	健康・否		
第4子	S・H 年(才)	週	有・無		
	g	男・女	健康・否		

IV あなたの身長 _____ cm 体重 _____ kg
妊娠されている方は現妊娠前の体重を記入してください

血液型 (A・B・O・AB)型
Rh(+・-)

V 今までにかかった病気・手術について

- 1 その時の年齢と病名を書いて下さい
歳 病名 _____
歳 病名 _____
- 2 ぜんそく既往がありますか (はい・いいえ)
- 3 薬疹・じんましんがでたことがありますか
はい(_____)・いいえ
- 4 輸血を受けたことがありますか
(はい・いいえ)
- 5 酒類 (毎日・時々・飲まない)
- 6 たばこ
(吸っている・吸っていた・吸わない)
- 7 毎日飲んでいる薬はありますか
はい(_____)・いいえ

VI 避妊リングを使用したことがありますか

はい(初回 _____ 歳 交換 _____ 歳)・いいえ

VII あなたの職業について

勤務先 _____
仕事内容 _____

VIII ご家族に特別な病気の方はいますか

(いる・いない)
(続柄 _____ 病名 _____)
(続柄 _____ 病名 _____)

IX 他病院で診てもらったことがありますか。

(ある・ない)
(_____ 病院 _____ 科にて説明を受けた)