

診察をスムーズにするために当てはまる所に○印や記入をしてください。個人情報保護は厳守致します。

1. 受診理由を教えてください(他院からの紹介; 健診の結果; ご自身で受診)

- 1) 妊娠関連 ①妊娠かどうか; 自己妊娠検査実施日 (/) (陽性・陰性)・未
②妊婦健診; 健診と分娩・健診のみで分娩は他院・分娩のみで健診は他院
③無痛分娩の希望はありますか? ☐ ある ☐ ない ☐ 検討中
④出生前検査や遺伝カウンセリングについて関心または相談希望ありますか?
☐ 関心がある、相談したい ☐ 特に関心ない、希望ない。

2) 妊娠以外

- ①子宮がん・卵巣がん検診希望; 検診初・最後の検診 (年 月 頃) 症状 (無・有)
②検診で異常を指摘; 細胞異型・癌・ポリープ・子宮筋腫・卵巣腫瘍・その他 ()
③月経異常; 多い・少ない・長い・短い・回数多い・回数少ない・無月経・周期不順・月経痛がひどい
④帯下 (おりもの) の異常; 多い・臭う・血液が混じる
⑤更年期障害; ほてり・発汗・イライラ・不眠・うつ状態・それ以外 ()
⑥外陰部の異常; かゆい・痛い・何かできている・子宮が下がる・何か出てくる
⑦腹痛または腰痛; 月経に関係なし・月経に関係あり
⑧不正出血 (月経以外の出血) 年 月 日 頃 日間
⑨その他 ()

2. 通常の月経について教えてください。尚、閉経した方は 1) の質問のみで結構です。

- 1) 最初の月経の年齢 才 頃・覚えていない、閉経した年齢 才
2) 一番最近の月経: 年 月 日 ~ 日間、月経量: いつもと同じ・普通・多い・少ない
3) 普段の月経: 周期順調 日・不順 (~ 日)、持続 日間、量: 普通・多い・少ない・いろいろ
月経時の痛み; ない・ある (重い・軽い・いろいろ)・場所 (下腹部・腰・頭・その他)

3. 妊娠分娩などについて; 性交渉の経験; あり・なし 妊娠 回 (流産 回、中絶 回)

	年・月	週数	分娩・流産・中絶	性	体重	異常の有無、わかる範囲で記入
1			当院・他			
2			当院・他			
3			当院・他			
4			当院・他			

4. 既往歴; 糖尿病 (無・有) 高血圧 (無・有) 結核 (無・有) 喘息 (無・有) 心療内科、精神科 (無・有)

既往歴	年齢	病 院 名	入院歴
	年 月・才	当院・	有・無
	年 月・才	当院・	有・無
	年 月・才	当院・	有・無

5. アレルギー; なし・あり (食品名・薬品名:) 症状 ()

6. 服用中の薬; なし・あり、お薬手帳: 持参あり・持参なし、薬品名 (お薬手帳のみ他)

7. ご家族の中で持病・大病を患ったり、入院歴のある方はいらっしゃいますか? : あり・なし

ご関係: () (疾患名)

ご関係: () (疾患名)

8. 嗜好品; アルコール 飲まない・毎日・週 回程度・付き合い程度 (種類・量 mL / 日)

喫煙 なし・あり (才 ~ 本 / 日) 以前有 (年前まで 本 / 日 年間)

9. 結婚について; 既婚・未婚・離婚・死別・再婚予定

身長 cm 体重 kg (非妊時体重 kg)

体温 °C 血圧 / mmHg 脈拍 回 / 分 Spo2 % (担当看護師) R7.9.25 改訂