

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 妊娠かどうか; 自己妊娠検査実施日 (/) (陽性・陰性)・未
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
不妊治療希望; 基礎体温表 (あり・なし)、不妊期間 (年位)
流産の繰返し; 流産の回数__回

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

10. 在宅往診医 (施設入所中の方は施設往診医) について; (病院名:)

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) H3011.15 改訂