

4. 過去の妊娠・分娩について教えてください。

妊娠()回	分娩()回	流産()回	中絶()回
--------	--------	--------	--------

分娩内容

年月	出生体重	性別		方法※	帝王切開の理由	週数	病院名
例 H20年 4月	3120 g	男・女	健・否	正		40 週	まのウイメンズ
年 月	g	男・女	健・否			週	
年 月	g	男・女	健・否			週	
年 月	g	男・女	健・否			週	
年 月	g	男・女	健・否			週	

※正…正常、吸…吸引、鉗…鉗子、帝予…帝王切開(予定)、帝急…帝王切開(緊急)と記入してください。

5. あなたについて教えてください。

(1)最近子宮癌検診を受けましたか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい(年 月ごろ)
(2)基礎体温を付けていますか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
(3)拳児希望の方：いつから避妊していませんか？	(年 月 ごろから)	
(4)喘息はありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい(最終発作： 歳)
(5)薬や食べ物などのアレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
(6)現在、他院にて診察を受けていますか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい(施設名：) (診断名：)
(7)現在服用中の薬、サプリメントなどはありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい(薬剤名：)
(8)今までに手術を受けたことはありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい(診断名：) (手術名：)
(9)今までに以下の産婦人科系の病気になったことはありますか？		
<input type="checkbox"/> 子宮筋腫	<input type="checkbox"/> 子宮内膜症	<input type="checkbox"/> 子宮腺筋症
<input type="checkbox"/> 子宮奇形	<input type="checkbox"/> 卵巣腫瘍	
<input type="checkbox"/> クラミジア	<input type="checkbox"/> 性器ヘルペス	<input type="checkbox"/> 梅毒
<input type="checkbox"/> その他()		
(10)今までに以下の病気になったことはありますか？		
<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 腎疾患
<input type="checkbox"/> 心疾患	<input type="checkbox"/> 甲状腺疾患	<input type="checkbox"/> 肝炎
<input type="checkbox"/> 自己免疫性疾患	<input type="checkbox"/> 脳梗塞	<input type="checkbox"/> 脳出血
<input type="checkbox"/> てんかん	<input type="checkbox"/> 血液疾患	<input type="checkbox"/> 精神疾患
<input type="checkbox"/> 血栓症	<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍	
<input type="checkbox"/> その他(病名：)		
(11)血縁者に以下の病気の方はみえますか？		
<input type="checkbox"/> 子宮体がん	<input type="checkbox"/> 卵巣がん	<input type="checkbox"/> 乳がん
<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 血栓症
<input type="checkbox"/> その他の遺伝性疾患(病名：)		
(12)喫煙はしていますか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい(本/日) <input type="checkbox"/> 禁煙した(年ごろから)
(13)飲酒はしていますか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい(週に 回/ 本・杯) 種類()

6. 配偶者・パートナーについて教えてください(任意)。

フリガナ		年齢
名前		歳
職業・お勤め先	連絡先	

ご記入ありがとうございました。受付までお持ちください。

※次回以降のご予約を、当クリニックWebページから行っていただけます。ぜひご利用ください。