

※表面もご記入ください。

- 6 薬や食べ物などのアレルギーはありますか？ いいえ はい()
- 7 喫煙・受動喫煙についてお聞きます。 吸わない 禁煙した(年 月ごろから)
吸っている(本/日) 同居人が吸っている
- 8 飲酒についてお聞きます。 飲まない 飲む(週に 回/ 本・杯)
種類()

- 9 喘息はありますか？ いいえ はい(最終発作： 歳)

- 10 現在服用中の薬、サプリメントなどがありますか？ いいえ はい()

- 11 過去に手術を受けたことがありますか？ いいえ はい()

- 12 最近子宮癌検診を受けましたか？ いいえ はい(年 月ごろ)

- 13 子宮頸部円錐切除術を受けたことがありますか？ いいえ はい(年 月ごろ)

- 14 過去に輸血を受けありますか？ いいえ はい(年 月ごろ)

- 15 過去3ヶ月以内に以下のことはありましたか？
発熱 発疹 首のリンパ節の腫れ 風しん患者との接触 児童との接触が多い場所での就労

- 16 ワクチンのある病気についてお聞きます。
 麻しん(はしか)： かかった ワクチンを受けた 不明 風しん： かかった ワクチンを受けた 不明
 水ぼうそう： かかった ワクチンを受けた 不明 おたふくかぜ： かかった ワクチンを受けた 不明

- 17 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？
子宮筋腫 子宮内膜症 子宮腺筋症 子宮奇形 卵巣腫瘍 乳腺疾患
クラミジア 性器ヘルペス 梅毒 その他()

- 18 今までに以下の病気になったことはありますか？
高血圧 糖尿病 腎疾患 心疾患 甲状腺疾患 肝炎 自己免疫性疾患
脳梗塞 脳出血 てんかん 血液疾患 精神疾患 血栓症 悪性腫瘍
その他(病名：)

- 19 血縁者に以下の病気の方はみえますか？
高血圧 糖尿病 血栓症 その他の遺伝性疾患(病名：)

- 20 妊娠がわかったときの気持ちはいかがでしたか？ 嬉しかった 困った 複雑な気持ち 不安

- 21 今までカウンセラーや心療内科・精神科などに相談したことがありますか？
なし あり(内容：) これから相談したい(内容：)

- 22 妊娠・出産・育児・授乳において不安や心配はありますか？まわりに相談できる人はいますか？
なし あり() 相談できるひとが いる() いない

- 23 あなたが妊娠・出産・育児などで困った時、あなたのことを行政のサポート窓口にお知らせしてもよいですか？
必要があればそうしてほしい しないでほしい

- 24 現在の婚姻関係について教えてください。
初婚()歳時 ()回目の結婚()歳時 入籍予定 入籍予定なし

- 25 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	血液型
名前		歳	型
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。