



記入日：____年____月____日

フリガナ お名前		住所：〒 _____	
		ご実家住所(当院で里帰り出産希望の方のみ記入で結構です) 〒 _____	
*戸籍上の漢字を大きくご記入ください			
生年月日 (西暦)	年 月 日 (歳)	電話番号(ご本人)	
身長	cm 非妊時体重： kg	①携帯：	_____
職業		②自宅：	_____
夫(パートナー)のお名前：		年齢：	歳 職業：
結婚	<input type="checkbox"/> 未婚：入籍予定 あり ・ なし	緊急連絡先 *ご本人以外で必ずお2人お書きください(夫と母など)	
	<input type="checkbox"/> 既婚 歳のとき	①	_____ (氏名： _____ 続柄： _____)
	<input type="checkbox"/> 再婚 歳のとき	②	_____ (氏名： _____ 続柄： _____)

1. 本日はどのような目的で当院へ来院されましたか？

- 妊娠の可能性ある 市販の検査薬で____月____日に陽性反応 線は はっきり うすい
- 他院で受診済で診察希望 (病院名： _____ 予定日：____年____月____日)
- 気になる症状がある 下腹部痛 つわり 出血 その他 (_____)
- その他 (_____)

2. 希望する分娩場所について

- 当院 (自然分娩のみ。無痛分娩や妊婦健診のみは×。検討中の方は10週間までに決定を。)
- 他院 (病院名： _____)
- 検討中(初期検査頃(約8~10週)までに分娩先の決定をお願い致します)

3. 月経について

- ①最終月経日(西暦) ____年____月____日から____日間
- ②妊娠前の生理周期 ____~____日型 順調 不順 例：28日~30日
- ③持続日数・量 ____~____日 少ない 普通 多い 例：5~7日
- ④生理痛 軽い 普通 やや重い すごくひどい
- ⑤その他の痛み (_____)

4. アレルギーについて

- ①喘息 ない あった ____歳頃まで 現在ある(頻度・対応： _____)
- ②食べ物 ない ある(具体的に： _____)
- ③薬 ない ある(具体的に： _____)
- ④その他 ない ある(具体的に： _____)

5. 嗜好品について

- ①喫煙 ない 妊娠前 ____本/日 現在 ____本/日
- ②飲酒 ない 妊娠前 頻度と量 _____ 現在 頻度と量 _____

2枚目にお進みください

