

氏名： _____ 生年月日： _____ 年 月 日 年齢： _____

住所 〒 _____ 電話： _____

配偶者またはパートナー： _____

生年月日： _____ 年 月 日 年齢： _____ 携帯： _____

実家住所（帰産予定の方） 実家電話： _____

身長： _____ 体重： _____ 職業： _____

1. 妊娠の診断、検査薬についてお聞きします

- ご自身で市販の検査薬で調べた方 判定日（ ____ / ____ ） 陽性 陰性
- 他院からの紹介の方 紹介状（有 無） 出産予定日（ ____ / ____ ）
- 判定日 不妊治療 無 有（病院名： _____）
- 人工授精 体外受精 その他（ _____ ）

2. 分娩を希望しますか（複数回答可）

- 当院での分娩を希望 他院での分娩を希望（里帰り 近隣 他院）
- 分娩場所未定 中絶を希望 中絶悩み中

3. 月経についてお聞きします

- 最終月経開始は（ ____ 年 ____ 月 ____ 日から ____ 日間） いつもと同じ いつもと違う
- 月経周期は 規則的（24日・26日・28日・30日・32日・その他（ ____ ））
- 不規則（最も短かった時 ____ 日・最も長かった時 ____ 日）

4. 結婚されていますか

- はい（結婚時 ____ 歳） 初婚 再婚
- いいえ（入籍予定有り 入籍予定無し）（パートナーの年齢 ____ 歳、職業： _____）

5. 過去の妊娠や分娩についてお聞きします

- 過去に妊娠したことがある（下記の表をご記入ください） 過去に妊娠したことが無い

妊娠歴	妊娠経過					お産					お子様					
	流産	胎状奇胎	子宮外妊娠	人工中絶	正常	年 月 (週)	分娩所要時間	病院名	経膣分娩	吸引鉗子分娩	帝王切開	切迫治療	女・男	出産体重	順調	医療あり
1						年 月 (週)	h							g		
2						年 月 (週)	h							g		
3						年 月 (週)	h							g		
4						年 月 (週)	h							g		

6. 病気や手術歴についてお聞きします

- 今までにかかったことのある病気や、現在治療中の病気はありますか
- はい 子宮筋腫 卵巣腫瘍 子宮内膜症 子宮奇形 喘息（最終発作 ____ 歳）
- いいえ 高血圧 糖尿病 甲状腺疾患 てんかん 血栓症
- 悪性腫瘍（ ____ 癌） その他（ _____ ）
- 手術の経験はありますか はい（手術名： _____） いいえ

7. 現在服用しているお薬はありますか

はい（薬品名： _____） いいえ

8. 今まででカウンセラーや心療内科、精神科などに自分の事を相談したことがありますか

はい いいえ

- 病名は何ですか（病名： _____）
- その時に内服薬を服用していましたか はい（薬品名： _____） いいえ
- その内服薬はいつごろ内服していましたか（ ____ 年 ____ 月 ~ ____ 年 ____ 月まで）
- 内服中止は医師の指示ですか、ご自身の判断ですか 医師の指示 自己判断
- 心療内科や精神科を受診した際のきっかけや症状をお書きください

9. 血縁のご家族に下記に該当する方はいますか

- はい 高血圧（続柄： _____） 糖尿病（続柄： _____） がん（続柄： _____）
- いいえ その他（ _____ ）

10. アレルギー、喫煙についてお聞きします

- 薬のアレルギーはありますか はい（ _____ ） いいえ
- 食物アレルギーはありますか はい（ _____ ） いいえ
- その他（ゴム等）のアレルギーはありますか はい（ _____ ） いいえ
- 喫煙していますか はい（現在1日 ____ 本 以前吸っていた ____ 歳 妊娠後やめた） いいえ

11. 当院を何で知りましたか

- ホームページ 看板 口コミ 検索サイト その他（ _____ ）