

ふりがな 氏名	血液型 型 Rh（+ -）	生年月日 年 月 日	年齢 才
〒 住所		電話番号  (e-mail)	
来院のきっかけ（○で囲んでください） 知人などの紹介 ・ 看板 ・ 近所 ・ 口コミ ・ ホームページ ・ 他院から ・ その他			

- ◆ 当院を受診された理由について ○を付けて必要事項をご記入ください
- ・ 妊娠希望 ・ 妊娠かどうか（市販検査薬判定 +・- 検査日 月 日）
  - ・ 生理の異常（生理不順・生理の量が多い・生理痛がひどい・生理がこない）
  - ・ おりもの（量・におい・赤色・ピンク色・茶色・オレンジ色・黄色・白）
  - ・ 不性器出血 ・ 下腹部が痛い ・ 陰部（かゆい・痛い・できもの）
  - ・ 生理前の不調（ ）
  - ・ 更年期症状かもしれない（別紙記入用紙あり） ・ 月経移動 ・ 子宮がん検診
  - ・ 緊急避妊（アフターピル） ・ ブライダルチェック（A・B）
  - ・ 乳房（しこり・張り・痛み・その他： ）
  - ・ 他医・検診で婦人科の受診をすすめられた  
（ ）
  - ・ その他  
（ ）

職業
受診できる曜日・時間

- ◆ 月経について（最終の月経 月 日から 日間）
- ・ 初潮（初めての月経）は何歳でしたか （ ）歳
  - ・ 普段の月経は順調ですか （はい・いいえ）
- 「はい」の方 周期はどのくらいですか （ ）日周期  
※周期とは月経が始まって1日目から次の月経の前日までの期間です
- ・ 月経は何日間くらいありますか （ ）日間
  - ・ 月経量はどれくらいですか （普通・多い・血のかたまりが出る・少ない）
  - ・ 月経痛はありますか （はい・時々・いいえ）
- 「はい」の場合 程度 （寝込む・仕事を休む・鎮痛剤を飲む）  
症状 （下腹部痛・腰痛・下痢・便秘・頭痛・その他\_\_\_\_\_）
- ・ 閉経は何歳でしたか （ ）歳
  - ・ 子宮頸がん検診を受けたことがありますか （はい [前回 年 月]・いいえ）
- 現在ピルを内服中である（はい・いいえ）、現在授乳中である（はい・いいえ）

◆ 結婚されていますか【はい・いいえ・結婚予定・事実婚】

結婚 （ 歳・ 年 月のとき）  
再婚 （ 歳・ 年 月のとき）  
結婚予定の方（結婚予定 年 月頃）  
事実婚（ 歳・ 年 月のとき）

- ◆ 性交の経験はありますか （はい・いいえ）  
性交痛はありますか （はい・いいえ）

◆ 健康に関してご心配なこと・気になること

## ◆ 今までにかかった病気・受けた手術について (○を付け、病院名と時期をご記入ください)

高血圧・心臓病・糖尿病・高コレステロール血症・喘息・アレルギー性鼻炎・アトピー・じんましん

精神疾患・貧血・頭痛・片頭痛・B型肝炎・C型肝炎・膠原病・

甲状腺機能亢進症・甲状腺機能低下症・バセドウ病・橋本病・虫垂炎(盲腸炎)・外傷・交通事故

カンジダ膣炎・クラミジア感染・トリコモナス感染・性病

子宮筋腫・子宮腺筋症・子宮内膜症・卵巣嚢腫・多嚢胞性卵巣症候群・卵巣腫瘍・子宮内膜ポリープ

子宮外妊娠・卵管結紮・子宮がん・乳がん・子宮脱・子宮頸管ポリープ

その他 ( )

通院時期 ( )  
病院名 ( )

## ◆ 常用薬はありますか (いいえ・はい 薬剤名 )

## ◆ サプリメントを利用していますか (いいえ・はい 品 名 )

## ◆ 血縁の方に特別な病気はありましたか

高血圧・糖尿病・がん・心臓病・その他 ( )

## ◆ アレルギーはありますか (はい・いいえ)

薬剤 (薬剤名 症状 )

食物 (何で 症状 )

アルコール・金属・ゴム・その他 ( )

## ◆ 注射や採血でご気分が悪くなられたことはありますか (はい・いいえ)

## ◆ 喫煙されていますか (はい・いいえ) → はい の方 1日 本

いつ頃から喫煙されていますか 才

→ いいえ の方 以前喫煙されていましたか (はい・いいえ)

## ◆ 妊娠・出産について

今までに妊娠したことはありますか (はい・いいえ)

→ はいの方は下の表に妊娠した順に記入してください

年 月 日	週数(満)	妊娠出産経過	性別	出生体重	健否	病院名
		自然・帝王切開 流産・中絶・子宮外妊娠	男・女	g	健・否 ( )	
		自然・帝王切開 流産・中絶・子宮外妊娠	男・女	g	健・否 ( )	
		自然・帝王切開 流産・中絶・子宮外妊娠	男・女	g	健・否 ( )	
		自然・帝王切開 流産・中絶・子宮外妊娠	男・女	g	健・否 ( )	

妊娠 ( ) 回 出産 ( ) 回 流産 ( ) 回 子宮外妊娠 ( ) 回 中絶 ( ) 回

## ◆ 当院は診療情報を取得・活用することで、より高い医療の提供に努めています。正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力お願い致します。

マイナ保険証による診療情報取得に同意されましたか (はい・いいえ)

◆ 妊娠を希望される方へ

- ・ 避妊をせずに夫婦生活を始めたのはいつ頃ですか ( 年 月頃)
- ・ 妊娠を意識して夫婦生活を始めたのはいつ頃ですか ( 年 月頃)
- ・ 基礎体温を付けていますか (体温表・体温計・アプリ・つけていない)
- ・ 排卵検査薬を使用したことはありますか (はい・いいえ)  
→ はいの方 陽性に出たことはありますか (はい・いいえ)
- ・ 排卵期の透明なおりものはわかりますか (はい・いいえ)

◆ ご主人について わかる範囲でご記入ください

ふりがな  
・ 氏 名 生年月日 年 月 日 才

- ・ 身長 cm 体重 kg
- ・ 今までにかかった病気・受けた手術 ( )
- ・ 薬・食品アレルギーはありますか (はい・いいえ)
- ・ 常用薬はありますか (はい・いいえ)
- ・ 喫煙されていますか (はい 本/日・いいえ)
- ・ 初婚ですか (はい・いいえ→お子様はいますか はい・いいえ)

◆ 夫婦生活に関して心配なこと・気になることがありましたらご記入ください

性交痛・勃起障害・時間が合わない  
その他

◆ 検査・治療に関するご希望を教えてください

希望される治療 (検査のみ・タイミング法・人工授精)  
薬の使用 (使用してもよい・注射は使用したくない)  
治療の進め方 (段階的に進めたい・早めに進めたい)

② －2

◆ 過去の治療歴について

妊娠希望で他院を受診したことはありますか (はい・いいえ)

→ はいの方はわかる範囲で以下の表に記入してください

通院時期と病院名 ( 年 月～ 年 月 )

今回当院を受診される前に行った治療があれば教えてください

- ・ タイミング法 回
- ・ 人工授精 回
- ・ 体外受精 回