

(予診カード)

フリガナ

氏名 _____ () 才 _____ 記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

※氏名での呼出しを希望されない方は○印をして下さい→(希望しない)

〒 _____ 一 _____ <生年月日> 明・大・昭・平 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住所 _____ 群馬県 _____ 高崎市 _____ 村 _____
_____ 都道府県 _____ 市郡区 _____ 町 _____ 番地 _____

世帯主氏名 _____

電話番号(希望連絡先に○印をつけてください)

自宅 _____ () _____ 携帯 _____ () _____

身長 _____ cm 体重 _____ kg 妊娠前の体重 _____ kg ご職業 _____

1. 結婚についてお聞きします。

- a. 結婚 (昭和・平成 _____ 年 _____ 月) ・ 同棲中 ・ 未婚 ・ 離婚の経験 (あり・なし)
b. 性交の経験 (あり・なし)

2. ご主人についてお聞きします。

年齢 (_____ 才) ・ ご職業 (_____) ・ 健康状態 (良好・不良:病名 _____)

3. 今回の診察の目的を教えてください。

- 妊娠らしい 出産を希望する → a 当院にて b 他院へ里帰り予定 c 未定 妊娠検査薬 _____ 月 _____ 日
 出産を希望しない (陽性・陰性)
 考慮中(妊娠の継続を迷っている)

- 不正出血 おりものが気になる かゆみ 月経不順 月経痛
 赤ちゃんができない 胸のトラブル 子宮がん検診 モーニングアフターピル(緊急避妊)
 避妊相談 月経をずらしたい 排尿痛・頻尿 更年期症状 性病検査
 その他 (_____)

4. 月経についてお聞きします。

- a. 最終月経開始日 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 日間 閉経 (_____ 歳)
b. 月経周期: 月経が始まった日から、次の月経開始前日までの日数
規則的 (_____) 日型 _____ 不規則 (_____ ~ _____) 日型
c. 月経痛 (ない・少しある・強い) d. 月経の量 (少ない・普通・多い)

5. 過去の妊娠や分娩についてお聞きします。当てはまる項目にはすべて□にチェックを、()には数値をお願いします。

- a. 妊娠した事はない b. 今回が初めての妊娠
c. 過去に妊娠したことがある (妊娠 _____ 回) その内の分娩回数 (帝王切開も含む _____ 回)
 自然流産 (_____ 回) 人工妊娠中絶術 (_____ 回)
 子宮外妊娠 (_____ 回) 切迫流産
 切迫早産 妊娠糖尿病
 妊娠高血圧症候群 (妊娠中毒症) 子宮内胎児発育遅延
 ヘルプ症候群

- d. 分娩について 正常分娩 _____ 回 (その他: 吸引分娩 _____ 回、鉗子分娩 _____ 回、帝王切開 _____ 回)
 早産 (妊娠 _____ 週) 常位胎盤早期剥離
 分娩時大出血 その他 (_____)

6. 過去に分娩した児についてお聞きます。当てはまる項目がある場合は□にチェックをお願いします。

第一子 年(男・女) 生下時体重 g 児の異常(なし・あり))
第二子 年(男・女) 生下時体重 g 児の異常(なし・あり))
第三子 年(男・女) 生下時体重 g 児の異常(なし・あり))

肩甲難産 B群溶連菌(GBS)感染症 死産
新生児仮死 その他()

7. 薬剤アレルギー、喫煙、飲酒についてお聞きます。

薬のアレルギー: なし あり(薬品名:)
たばこ: 吸わない 以前吸っていた 現在吸っている(本/日)
飲酒: しない ときどきする ほぼ毎日する(種類:)

8. 喘息がありますか？(小児喘息も含む)

なし あり(最終発作は 歳)

9. 現在、服用している薬はありますか？

なし あり(薬品名:)

10. ピルを服用した事がありますか？

なし あり(ピルの種類:)

11. 過去に手術を受けたことがありますか？

なし あり()

12. 過去に輸血を受けたことがありますか？

なし あり

13. 子宮がん検診を受けたことがありますか？

なし あり(最後に受けたのは 年 月)

14. 今までに指摘されたことのある産婦人科疾患についてお聞きます。

なし 子宮筋腫 子宮内膜症
子宮腺筋症 子宮奇形 卵巣腫瘍、
その他(病名:)

15. 今までに指摘されたことのある病気についてお聞きます。

なし 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
脳内出血 てんかん 精神疾患 血液疾患
悪性腫瘍 血栓症 結核(家族を含む)
その他(病名:)

16. ご自分の両親あるいは兄弟に以下の病気を持った方がいますか？

なし 高血圧(父・母・祖父・祖母・その他) 糖尿病(父・母・祖父・祖母・その他)
その他の遺伝性疾患(病名:)

17. 風疹にかかった事がありますか？

なし あり 不明 ワクチン

※ご妊娠されている方のみお答えください。過去3カ月以内に以下のことはありましたか？(ありの場合チェック)

なし 発熱 発疹 頸部リンパ節の腫れ
風疹患者との接触 児童との接触が多い職場での就労

18. 当院を何でお知りになりましたか？

a. 知人の紹介(様) b. 雑誌を見て c. 看板を見て
d. タウンページ広告 e. 当医院ホームページ f. その他インターネット g. その他()

19. 当院までの交通手段をおしえてください(車・自転車・徒歩・JR・その他)