

ふりがな			昭平	年	月	日	歳
氏名 (自署)			職	業			
住所	〒 - - 電話 - - 携帯 - -						
※病院から連絡をさしあげる場合があります 緊急連絡先 (続柄 ) (氏名) TEL - - (住所)							
※当院に里帰り分娩希望の方は分娩時の滞在住所をご記入下さい。 氏名 (続柄 ) 住所 TEL - -							
<b>来院目的</b>	6. 更年期障害 ★12. その他 I 1. 生理不順 ★7. 子宮がん検診 ( ) 2. 不正出血 ★8. 避妊相談 3. 腹痛・生理痛 ★9. 性病検査 4. おりもの かゆみ ★10. 生理日変更 5. 排尿痛・残尿感 ★11. アフターピル (緊急避妊) II ★1. 妊娠 ・市販テスト 月 日 ( + ・ - ) ・他院にて診察済み (病院名: ) 紹介状 有・無 妊娠していたら? (1. 産みたい 2. 相談したい 3. 今回はやむなく中絶する) ※分娩施設のご希望はありますか? 当院・他院・未定 ★2. 妊婦健診 (予定日 年 月 日) 3. 分娩予約 不妊相談の場合は、五の橋レディースクリニックをご紹介します。 ★印は自費診察の場合があります。 紹介状のない方は、妊娠検査からになります。						

診察治療に必要なことですので以下の質問にお答え下さい。

一番最近の生理は?	月 日 から 日間	・ 閉経	歳
生理は順調ですか?	1. 順調 (周期 日型)	2. 不順	
性交渉の経験はありますか?	1. ない	2. ある	
今までの妊娠の回数 (今回の妊娠は含まず)	回	お産の回数	回
流産の回数	自然流産 回	・ 人工中絶	回
結 婚	1. している	2. していない	3. 予定がある ( 年 月頃)
病気やけがで通院や入院をしたことがありますか? (小児期の通院や現在通院していない病気も含みます。)	1. ない 2. ある (あるの方は下記に○をつけて下さい。) 高血圧 糖尿病 外陰ヘルペス 甲状腺疾患 心臓病 腎臓疾患 肝炎 てんかん 精神疾患 その他 (傷病名) ( )		
現在治療中の病気はありますか?	1. ない 2. ある (病名: 病院: )		
現在服用中のお薬はありますか?	1. ない 2. ある (薬名: 病院: )		
ぜんそくはありますか? (小児期も含む)	1. ない 2. ある (最終発作 歳)		
緑内障と言われたことがありますか?	1. ない 2. ある (いつから )		

家族歴	高血圧	1. いない 2. いる 続柄 ( )
	糖尿病	1. いない 2. いる 続柄 ( )
嗜好品の有無	*お酒 ない ・ ある ( 回/週 ml程度) *タバコ ない ・ ある ( 本/日) 【同居者の喫煙の有無】 ない ・ ある	
信仰されている宗教はありますか？	ない ・ ある ( ) 宗教上、食事制限などがあれば、ご記入ください。 ( )	

\*妊娠に影響を与える場合がありますので、できるだけ詳しくご記入ください。

ふだんの 身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg  
 いつごろの測定ですか？ 20 年 月頃

次の感染症にかかったことがありますか？	*風疹	はい	・ いいえ	・ 予防接種	・ 不明
	*麻疹 (はしか)	はい	・ いいえ	・ 予防接種	・ 不明
	*水痘 (みずぼうそう)	はい	・ いいえ	・ 予防接種	・ 不明

出産歴がある方は下記をご記入ください。

出産年月	妊娠・出産の状況	児の体重	性別	健康状態
年 月	正常・異常 (帝王切開・吸引・鉗子) (妊娠 週)	g	男・女	健・否
	分娩施設名 ( )			
年 月	正常・異常 (帝王切開・吸引・鉗子) (妊娠 週)	g	男・女	健・否
	分娩施設名 ( )			
年 月	正常・異常 (帝王切開・吸引・鉗子) (妊娠 週)	g	男・女	健・否
	分娩施設名 ( )			
年 月	正常・異常 (帝王切開・吸引・鉗子) (妊娠 週)	g	男・女	健・否
	分娩施設名 ( )			

今回の妊娠に際し、過去の妊娠・分娩に関連して心配なことはありますか？  
 (上記の前回妊娠中や出産時に大変だったことなどがあればお書きください)

アレルギー問診票

抗菌薬（抗生物質）やゴム手袋（ラテックス）などに対するアレルギー反応として、極めてまれに（一万人大あたり数人）にアナフィラキシー（じんま疹や呼吸困難、血圧低下など）が起きることがありますので、あなたがそれをおこしやすいか、を判断するためのものです。

① これまでアナフィラキシーを起こしたことはありますか？

なし あり

② これまでに、抗菌薬や、そのお薬の内服・注射や点滴を受けて、アレルギーを起こしたことがありますか？

なし あり→薬名と症状（ ）

③アレルギー性疾患がありますか？

なし あり→（喘息、花粉症、鼻炎、アトピー性皮膚炎、その他（ ））

④果物、野菜、ナッツ類などの食物アレルギーはありますか？

なし あり→（バナナ、アボガド、キウイ、栗、イチジク、パパイヤ、メロン、桃、ピーナッツ、クルミ、トマト、パイナップル）その他（ ）

⑤ゴム手袋やコンドーム（ラテックス）の使用で発疹やかゆみなどの皮膚粘膜症状が出たことがありますか？

なし あり

⑥その他のアレルギーがありますか？（アルコール綿など）

なし あり →（ ）

なお、今後、新たなアレルギーが判明した場合には、安全のため、必ずお知らせください。以上の記載内容で間違えなければ、下記にご署名ください。

記入年月日 年 月 日

ID \_\_\_\_\_

患者様の署名 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

医師署名あるいは捺印 \_\_\_\_\_