

受診日：20____年____月____日 お名前：_____

【1、妊娠の確認】①～④からお選びください。

①自然妊娠 もしくは ②タイミング療法

・最後の生理はいつからですか？：(____月____日から____日間)

・市販の妊娠検査薬で調べた方：(____月____日に陽性反応)

・排卵日： 分からない 基礎体温表(____月____日) →お見せください

排卵検査薬が陽性になった日(____月____日) ←複数ある場合は最も強く反応が出た日

他院を受診して妊娠診断を受けた方：(病院名：_____)

⇒予定日が決まっている方：(____月____日： 最終月経から 排卵日から 分からない その他)

③人工授精 分娩予定日はいつですか？：(____月____日)

④体外受精 移植日は： D3 D5 分娩予定日はいつですか？：(____月____日)

IVF ICSI

【2、出産に関して】①～③からお選びください。-----

①出産希望： 分娩場所(当院分娩希望 ・ 里帰り ・ 他院 ・ 助産院 ・ 自宅 ・ 未定)

・母子手帳をお持ちですか？(いいえ ・ はい) はいと答えた方は母子手帳を受付にご提出お願いします。

・当院分娩以外の方で具体的に決まっている場合は場所名をお書きください(_____)

・当院分娩希望の方は理由を空欄にお書きください ↓

②中絶希望： 今回の結論について相手の方との話し合いが済んでいますか (はい ・ いいえ)

中絶理由：(精神的理由 経済的理由 医学的理由)

③考慮中

【3、当院受診に関して】-----

①当院のホームページで医療理念を読んでいますか (はい ・ いいえ)

②当院をどのような方法でお知りになったかお書きください

友人・知人の紹介(_____)、 他院からの紹介(_____)

会社・自宅が近所なので、 インターネット、 本・雑誌(_____)

その他(_____)

③今、気がかりな症状はありますか(例：出血、下腹痛、外陰部のかゆみ、排尿異常など)

⇒ある方は症状をお書きください(_____)

④現在のご主人もしくはお付き合いしているパートナーについてお尋ねします。

年齢：_____歳 お仕事の内容：(_____)

国籍：(日本 ・ それ以外→_____) 健康ですか：(はい ・ いいえ)

◎該当する□に☑を入れ、()内に記入して下さい

お名前: _____

身長()cm 体重()kg ←ご妊娠中の方は妊娠前の体重をお書きください。

初潮()歳 閉経()歳

月経周期 : 生理が始まった日から次の生理が始まるまでの日数
 規則的 不規則的 ()日~()日

性経験 なし あり 内診経験 なし あり

結婚 未婚 既婚 ()歳 離婚歴 なし あり ()歳

職業 ()

薬剤アレルギー なし あり ()

食物アレルギー なし あり ()

●これまでの妊娠に関してお書き下さい。 0回も記入してください。 妊娠()回 分娩()回 流産()回 中絶()回 その他()

NO	西暦 年/月/日	年齢	妊娠週	児体重(g)	性別	建否	分娩方法 (吸引・帝王切開等)	流産や中絶など	分娩施設	その他 (体外受精や高血圧、分娩時の特記)
例	2011/12/9	27	39	3120	女	健	自然分娩		育良クリニック	促進剤使用

●ご自身の病気や生活習慣などに関して、該当する□に☑を入れ、下の空欄に年齢、治療方法(内服、手術等)、病院名をご記入ください。

子宮内膜症 筋腫・腺筋症 卵巣腫瘍 性感染症 精神疾患

高血圧 糖尿病 脳疾患 緑内障 甲状腺疾患 喘息 自己免疫疾患

ガン 手術歴 入院歴 飲酒 喫煙 現在服用中の薬 その他:

[]

●ご家族の病気 ()の中に続柄をお書きください。 例:☑ガン(祖父・父)等

高血圧 () 糖尿病 () ガン () その他 ()

●1年以内に子宮頸がん検診を受けましたか? なし ⇒ 近日中に職場健診等で受ける予定はありますか? ない ある

ある ⇒ いつ頃ですか? ()年 ()月頃 ⇒ 結果は? 問題なし 問題あり

●風疹の抗体検査をしたことがありますか? ある ない → (住民票は 目黒区 それ以外)