

お名前 _____ ()才

ご住所 〒 _____ TEL _____ 携帯 _____

身長 _____ cm 体重 _____ kg 緊急連絡先TEL _____ (続柄 _____)
職業(本人) _____ (夫) _____

I. どうなさいましたか？

1	生理が止まった 妊娠ならば：出産する・思案中・中絶したい	5	おりものが 多い・色づく
2	分娩希望	6	陰部が かゆい・痛い
3	子供が出来ない	7	おなかが 痛い
4	生理と違った出血がある	8	排尿時に 痛い・しみる
		9	その他：

II. 貴女の生理について

1	初めての生理は、いつでしたか？	才の時(小学校・中学校 年生)
2	最近の生理は、いつでしたか？	年 月 日 から 日間
	その前の生理はいつでしたか？	年 月 日から 日間
3	生理の周期は？	順調 日型 ・ 不順 ~ 日型
4	何日間くらい続きますか？	~ 日
5	生理の量はいかがですか？	多い ・ 普通 ・ 少ない
6	生理痛はありますか？	無 ・ 有 = 腹痛・腰痛
7	閉経された方は 何才頃でしたか？	才頃

III. 貴女の結婚・妊娠・分娩について

1	性交(セックス)の経験がありますか？	(有 ・ 無)
2	現在は：	未婚 ・ 同棲中 ・ 婚約中 ・ 既婚 (年 月 日 ・ 才結婚)
3	妊娠したことがありますか？	(無 ・ 有 = 回) 離婚した (年 月)
4	妊娠したことの有る方に伺います	
出 産 回	出産1回目	年 月 ・ ヶ月 男 女 g
	出産2回目	年 月 ・ ヶ月 男 女 g
自然流産 回 年頃	出産3回目	年 月 ・ ヶ月 男 女 g
	出産4回目	年 月 ・ ヶ月 男 女 g
人工中絶 回 年頃	出産5回目	年 月 ・ ヶ月 男 女 g
	出産6回目	年 月 ・ ヶ月 男 女 g

IV. 今までにかかった病気などについて

1	主な病気	才	才
2	手術	才	才
3	アレルギー・薬の副作用・喘息はありますか？	無 ・ 有 =	

V. 現在どちらかに受診されていますか？ お薬を服用中ですか？
