

# 診療申込書

記入日：西暦 年 月 日

分娩(仮) 年 月 日 ・最終月経・他院  
 予定日(決) 年 月 日 ・CRL  
 ・ART・排卵日

(フリガナ ) 氏名	生年月日： 昭和・平成 年(西暦) 年 月 日 職業： 年齢： 歳
住所(〒 - ) 自宅電話番号 本人携帯番号 家族等連絡先 [夫 パートナー 実親 その他( )] 氏名 電話番号	身長 _____ cm 非妊時体重 _____ Kg <input type="checkbox"/> 既婚 <input type="checkbox"/> 未婚 (離婚経験：あり / なし)

月経	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ・順調( 日型) ・不順( ) ・最終月経 西暦 年 月 日～ 日間 ・月経量(少ない・普通・多い) ・閉経 歳 ・初潮なし
子宮頸がん検査	<input type="checkbox"/> あり 最終検査 西暦 年 月 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明

★どのようなことで診察に来られましたか？

<input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 産科 <input type="checkbox"/> その他	<p>具体的な症状：</p> <p>* 妊娠かどうか：未検査                  ・検査済(市販薬 他院)→ ** 妊娠診断(+ - 不明)→                  ⇒検査日 月 日                  ** 他院で決定の分娩予定日：西暦 年 月 日</p> <p>* 分娩希望施設：・当院 ・ _____ 助産院 ・里帰り( ) ・その他( )</p> <p>* 不妊治療後の妊娠ですか？： ・はい ・いいえ</p> <p>( )</p>
---	--

★《 妊娠 回 ・ 分娩 回 》今回の妊娠回数を含めて記載してください

★過去の妊娠・分娩を記載してください

回	年齢	週数	経過	児体重	性別	児経過	施設名
1	歳	週	分娩(正常・吸引・鉗子・帝王切開) / 流産 / 中絶	g	男 女	健 異常	
2	歳	週	分娩(正常・吸引・鉗子・帝王切開) / 流産 / 中絶	g	男 女	健 異常	
3	歳	週	分娩(正常・吸引・鉗子・帝王切開) / 流産 / 中絶	g	男 女	健 異常	
4	歳	週	分娩(正常・吸引・鉗子・帝王切開) / 流産 / 中絶	g	男 女	健 異常	
5	歳	週	分娩(正常・吸引・鉗子・帝王切開) / 流産 / 中絶	g	男 女	健 異常	

★今までに指摘されたことがある病気

<input type="checkbox"/> なし	
<input type="checkbox"/> あり	・妊娠高血圧症候群 ・妊娠糖尿病 ・高血圧 ・血液疾患 ・肝炎 ・脳外疾患 ・てんかん ・精神疾患 ・常位胎盤早期剥離 ・甲状腺疾患 ・喘息 ・心臓疾患 ・腎疾患 ・自己免疫性疾患 ・自律神経失調症 ・産後出血多量 ・GBS陽性 ・血栓症 ・乳がん、子宮頸がん ・その他( )

★実の両親や兄弟が、かかったことのある病気

<input type="checkbox"/> なし	
<input type="checkbox"/> あり	・乳がん ・高血圧 ・糖尿病 ・静脈血栓塞栓症 ・遺伝子疾患 ・その他( )

★生活情報、その他

アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→・薬( ) ・食品( ) ・花粉 ・ゴム製品 ・消毒アルコール ・その他( )
使用中の薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )
手術	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )
輸血	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )
飲酒	<input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> 毎日 [ 杯 / 日 ]
喫煙	<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> やめた <input type="checkbox"/> 吸っている [ 本 / 日 ] 《夫： <input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸っている》