

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	
住所 (〒 -) 都道府県 市区町村		職業: 年齢: 歳	
身長 _____ cm		非妊時体重 _____ Kg	
自宅電話番号		<input type="checkbox"/> 既婚 <input type="checkbox"/> 未婚	
本人携帯番号		(離婚経験: あり / なし)	
家族等連絡先 [夫 パートナー 実親 その他()]			
氏名		電話番号	
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	具体的な症状:
<input type="checkbox"/> 産科	* 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
	・産みたい ・迷っている ・産みたくない
	** 他院で決定の分娩予定日: 西暦 年 月 日
	* 分娩希望施設: ・当院 ・ _____ 助産院 ・里帰り() ・その他()
	* 不妊治療後の妊娠ですか? : ・はい ・いいえ
<input type="checkbox"/> その他	()

★《 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 ・常位胎盤早期剥離 ・妊娠糖尿病 ・産後出血多量 ・GBS陽性 ・高血圧 ・心臓疾患 ・自己免疫性疾患 ・自律神経失調症 ・精神疾患 ・てんかん ・肝炎 ・血液疾患 ・脳外疾患 ・腎疾患 ・甲状腺疾患 ・子宮頸がん ・乳がん ・大腸がん ・血栓症 ・喘息 ・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	・がん [乳癌・卵巣癌・子宮体癌・大腸癌・その他の腫瘍()] ・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() ・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"/> ととき <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》