

診療申込書

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

記入日:西暦 年 月 日

(フリガナ) 氏名	生年月日: 昭和・平成 年(西暦) 月 日 職業: 年齢: 歳
国籍 <input type="checkbox"/> 日本 <input type="checkbox"/> その他(在留カード <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)	
住所 (〒 -) 都道府県 市区町村	身長 _____ cm 非妊時体重 _____ Kg
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	<input type="checkbox"/> 既婚 <input type="checkbox"/> 未婚 (離婚経験: あり / なし)

月経	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ・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)
子宮頸がん検査	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 最終検査 西暦 年 月 結果(異常なし・あり) <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	・初潮 歳 ・閉経 歳 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? : ・いいえ ・はい 内容()
<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 分娩時出血量(少量・中等量・多量)	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 分娩時出血量(少量・中等量・多量)	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 分娩時出血量(少量・中等量・多量)	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 分娩時出血量(少量・中等量・多量)	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 分娩時出血量(少量・中等量・多量)	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(500ml以上) ・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 ・金属 ・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》