

3. 結婚、妊娠、出産について教えてください

- ご結婚されてますか (はい → 初婚 ・ 再婚 ・ いいえ → 未婚 ・ 離婚 ・ 死別)
- 性交(SEX)の経験はありますか (はい ・ いいえ)
- 婦人科での内診の経験はありますか (はい ・ いいえ)
- 今までの妊娠・出産についてご記入ください。

妊娠 () 回 出産 () 回 流産 () 回 中絶 () 回 その他(子宮外妊娠など) () 回

年月または年齢	週数	妊娠中や出産時の問題 (※あった場合記入)	出産方法	出生体重	病院名
			自然・帝王切開 その他()	g	
			自然・帝王切開 その他()	g	
			自然・帝王切開 その他()	g	
			自然・帝王切開 その他()	g	

4. 今までにかかった病気やアレルギーなどについて

- 子宮がん検診は受けていますか (はい ・ いいえ) →最終検診日： 年 月
- 婦人科系の病気にかかったことがありますか (はい ・ いいえ)

病名： _____

- その他病気にかかったことがある、または現在治療中の病気がありますか (はい ・ いいえ)
※現在治療中の方はお薬名もご記入ください。

病名： _____

お薬名： _____

- ご家族に病気の方はいますか (はい ・ いいえ) ※糖尿病、高血圧、がん など
(記入例) 父：大腸がん 母：高血圧

病名： _____

- アレルギーはありますか (はい ・ いいえ)

アトピー・喘息 ・ 食品 ()

薬品 ()

) ・ その他 ()

- 片頭痛はありますか (はい ・ いいえ)

- 飲酒について (飲まない ・ 時々飲む ・ ほぼ毎日飲む)

- 喫煙について (吸わない ・ 以前吸っていた ・ 吸う(1日 本) ・ 同居家族が吸っている)

5. 心配なことや伝えたいことがありましたらご記入ください

～ ご記入が終わりましたら、受付までお持ちください ～
◎妊娠中の方、ピルを検討中の方は血圧を測ってお待ちください。