

氏名 _____ 年齢 _____ 歳 職業 _____
 身長 _____ cm 体重 _____ kg 血圧 _____ / _____ 脈拍 _____

1. 受付時にマイナ保険証による診療情報の取得に同意しましたか？ いいえ はい

2. 受診理由を記入してください

妊娠判定 妊婦健診（里帰り） 定期健診 腹痛 予防接種

その他 [_____]

3. 現在までの妊娠について記入してください（ない場合も回数0を記入してください）

妊娠	回	分娩	回	流産	回	中絶	回
出産年月		出産年齢		出生体重		出産施設	
年 月	[]	歳	[]	g (男・女)	[]	()	()
年 月	[]	歳	[]	g (男・女)	[]	()	()
年 月	[]	歳	[]	g (男・女)	[]	()	()

4. 現在妊娠をしていれば 出産希望 どちらかわからない

5. 月経について記入してください

初経 _____ 歳 閉経 _____ 歳 月経量 少ない 普通 多い

月経痛 なし 軽い 強い

一番最近の月経 _____ 月 _____ 日から _____ 日間 現在も続いている

月経周期 不規則 規則的 _____ 日型・ _____ 日間

6. 結婚していますか？ いいえ はい _____ 年 _____ 月結婚 現在 離婚 死別 再婚

7. 今までに性交の経験はありますか？ ない ある

8. HPV ワクチン（子宮頸がんワクチン）を受けていますか。 はい ・ いいえ

はいの場合 接種回数 () 回 接種年齢 () 歳頃

9. 今までに手術・大きな病気をしたことがありますか？

ない ある 病名・年齢 [_____]

10. 現在何らかの病気の治療をしていますか？

ない ある 病名 [_____]

11. 現在何らかの治療のお薬を飲んでいますか？

ない ある 薬剤名 [_____]

12. アレルギーはありますか？

ない ある アレルギー [_____]

13. 喘息といわれたことはありますか？

ない ある 使用薬剤名 [_____]

14. 喫煙について

吸ってない 吸ったことがあるが、現在は吸ってない 吸っている (_____ 本/日)

15. 便秘していますか？ いいえ 時々 はい 使用薬剤名 (_____)

16. 血縁者に がん・糖尿病・高血圧 の方はいらっしゃいますか？

いいえ はい 病名 [_____]

(どなたにあたりますか？：父・母など) 関係 [_____]