

西暦 年 月 日

フリガナ 生年月日 年 月 日生 歳

お名前 身長 cm 非妊時体重 kg 職業

未婚・既婚  住民票の所在が福岡市外〒  
現住所

TEL ( )

\*当院での里帰り出産ご希望の方は、帰省先住所の記入もお願いします

## 来院された理由

- 妊娠の診断 検査日 年 月 日 陽性・陰性 / 検査していない
- 当院で分娩希望 予定日 年 月 日
- 妊娠の中絶
- 不正出血 いつから 年 月 日  下腹、腰の痛み
- 陰部のかゆみ  おりものの異常 量が多い・臭いが気になる  性病検査
- 月経について 月経痛・月経前の不快症状・月経不順・月経移動  不妊の相談
- ホルモン剤の相談 アフターピル・低用量ピル・ミレーナ  更年期の相談
- 子宮頸がんワクチン  特定健診(よかドック)
- その他 ( )

## 子宮頸がん検診

・最後に受けたのはいつですか 年 月 結果(異常なし・あり)  受けたことがない  本日希望

## 月経について

・最終月経開始日 月 日  授乳中  閉経 才

・周期 日～ 日  不順

・月経痛 あり・なし  性交 経験済み・未経験

## 妊娠について

初めての妊娠  過去に妊娠したことがある 妊娠 回、分娩 回、流産 回、中絶 回

年	月	日	経膈 分娩	帝王 切開	流産	中絶	出産 週数	男児	女児	出生時の体重	当院 出産	他院 出産	現在 健康	現在 死亡	その他
・	・		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	週	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	g	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
・	・		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	週	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	g	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
・	・		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	週	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	g	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

## 既往歴について

特になし  子宮筋腫  子宮内膜症  卵巣のう腫  高血圧  糖尿病  腎疾患

甲状腺疾患  心疾患  喘息 (最終発作は 歳の時)

その他 ( )

## その他

・薬剤・食品アレルギーはありますか? なし・あり 薬剤・食品名 ( )

・現在服用している薬はありますか? なし・あり 薬剤名 ( )

・お酒を飲みますか? いいえ・はい

・たばこを吸いますか? いいえ・はい 1日に約 本

## 個人情報の取り扱いに関する同意書

- ・診察室、受付窓口でのお呼び出しは番号で致します。  
ただし、安全管理上フルネームでお名前の確認をお願いします。  
必要に応じて生年月日をお尋ねすることがあります。
- ・検体のお名前は患者様の取り違えを防ぐため表示します。
- ・検査結果、診察内容、来院の有無など、ご本人様以外からのお問合せには一切お答えしません。  
ご本人様からのお問合せには、お名前とID番号を確認の上お答えします。
- ・やむを得ず緊急時にご本人様へ連絡する場合がございます。

署名

- ・当院では、個別の診療報酬の算定項目のわかる明細書を発行しております。  
明細書には、使用した薬剤の名称や行われた検査の名称が記載されることもあります。  
その点をご理解いただいた上で、明細書発行の有無を記入してください。  
※明細書の再発行はしておりませんので、ご了承ください。

希望する

希望しない

- ・当院は医師の研修協力施設です。  
研修期間の場合、ご協力をお願いしております。

協力する

協力しない