

あきせウィメンズクリニック

氏 名		生年月日	(S ・ H) 年 月 日	歳
住 所	(〒 -)			
連 絡 先	自宅 (- -) / 携帯電話 (- -)			
身長・体重	cm/ kg	妊娠前の体重(妊娠中の場合のみ)		

詳細 :

・最終月経開始日：（ ）月（ ）日 初潮：（ ）歳 閉経：（ ）歳

・月経持続期間：（ ）日～（ ）日

・月経周期（月経開始から次の月経開始までの期間）不規則・規則的（ ）日～（ ）日

・月経痛： なし・軽い・ふつう・ひどい・その他（ ） ・月経量： 少ない・ふつう・多い・その他（ ）

・性経験： なし・あり

・薬剤アレルギー： なし・あり () ・食物アレルギー： なし・あり ()
・現在服用中のお薬： なし・あり () ・その他： ()

・これまでに妊娠・分娩されたことはありますか？ 妊娠（ ）回 / 分娩（ ）回

・分娩経験がある場合、いつ分娩されましたか？

年 / 月 / 日 (週数)	体重	性別	分娩方法／生産・死産	分娩施設名
西曆 / / ()	g	男・女	自然分娩・帝王切開 / 生 ・ 流	
西曆 / / ()	g	男・女	自然分娩・帝王切開 / 生 ・ 流	
西曆 / / ()	g	男・女	自然分娩・帝王切開 / 生 ・ 流	

☐ 結核 ☐ 性感染症 ☐ 心臓病 ☐ 腎臓病 ☐ 糖尿病 ☐ 高血圧 ☐ 輸血歴 ☐ 遺伝的疾患 ☐ アレルギー

☐ ぜんそく ☐ 不妊治療 ☐ 自己免疫疾患 ☐ 脳梗塞 ☐ 血栓症 ☐ てんかん ☐ 血液疾患 ☐ 悪性疾患

☐ 脳内出血 ☐ その他（ ）
（いつから ）

★あきせウィメンズクリニックには、何をご覧になってお越しくございましたか？ ()

ご記入ありがとうございます。記入が終わりましたらスタッフまでお渡し下さい。