

※表面もご記入ください。

- 6 薬や食べ物などのアレルギーはありますか？ いいえ はい()
- 7 喫煙・受動喫煙についてお聞きます。 吸わない 禁煙した(年 月ごろから)
吸っている(本/日) 同居人が吸っている
- 8 飲酒についてお聞きます。 飲まない 飲む(週に 回/ 本・杯)
種類()

9 喘息はありますか？ いいえ はい(最終発作： 歳)

10 現在服用中の薬、サプリメントなどがありますか？ いいえ はい()

11 過去に手術を受けたことがありますか？ いいえ はい()

12 最近子宮癌検診を受けましたか？ いいえ はい(年 月ごろ)

13 子宮頸部円錐切除術を受けたことがありますか？ いいえ はい(年 月ごろ)

14 過去に輸血を受けありますか？ いいえ はい(年 月ごろ)

15 過去3ヶ月以内に以下のことはありましたか？
発熱 発疹 首のリンパ節の腫れ 風しん患者との接触 児童との接触が多い場所での就労

16 ワクチンのある病気についてお聞きます。
麻しん(はしか)： かかった ワクチンを受けた 不明 風しん： かかった ワクチンを受けた 不明
水ぼうそう： かかった ワクチンを受けた 不明 おたふくかぜ： かかった ワクチンを受けた 不明

17 今までに以下の産婦人科系の病気になったことはありますか？
子宮筋腫 子宮内膜症 子宮腺筋症 子宮奇形 卵巣腫瘍 乳腺疾患
クラミジア 性器ヘルペス 梅毒 その他()

18 今までに以下の病気になったことはありますか？
高血圧 糖尿病 腎疾患 心疾患 甲状腺疾患 肝炎 自己免疫性疾患
脳梗塞 脳出血 てんかん 血液疾患 精神疾患 血栓症 悪性腫瘍
その他(病名：)

19 血縁者に以下の病気の方はみえますか？
高血圧 糖尿病 血栓症 その他の遺伝性疾患(病名：)

20 妊娠がわかったときの気持ちはいかがでしたか？ 嬉しかった 困った 複雑な気持ち 不安

21 今までカウンセラーや心療内科・精神科などに相談したことがありますか？
なし あり(内容：) これから相談したい(内容：)

22 妊娠・出産・育児・授乳において不安や心配はありますか？まわりに相談できる人はいますか？
なし あり() 相談できるひとが いる() いない

23 あなたが妊娠・出産・育児などで困った時、あなたのことを行政のサポート窓口にお知らせしてもよいですか？
必要があればそうしてほしい しないでほしい

24 現在の婚姻関係について教えてください。
初婚()歳時 ()回目の結婚()歳時 入籍予定 入籍予定なし

25 配偶者・パートナーについて教えてください(任意)。

フリガナ		年齢	血液型
名前		歳	型
職業・お勤め先		連絡先	

ご記入ありがとうございました。受付までお持ちください。

※次回以降のご予約を、当クリニックWebページから行っていただけます。ぜひご利用ください。