

氏名: <input type="text"/>	最終月経開始日: 20 / / or 不明 分娩予定日: 20 / / (決定している場合) 不妊治療: <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有(病院名: _____) <input type="radio"/> タイミング法 <input type="radio"/> 排卵誘発剤 <input type="radio"/> AIH <input type="radio"/> IVF(体外受精) <input type="radio"/> 顕微受精 <input type="radio"/> 新鮮胚 <input type="radio"/> 凍結胚(採卵日: / / ) <input type="radio"/> 卵子提供妊娠	妊娠反応が陽性になった日: 20 / / 他院を受診して妊娠診断を受けた: 20 / / (病院名: _____ or 愛育病院)
	月経関連情報 周期 約__日型 持続約日数約__日間 経過 <input type="radio"/> 順 <input type="radio"/> 不順 量 <input type="radio"/> 少 <input type="radio"/> 普 <input type="radio"/> 多量 月経時の障害 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 初経年齢__歳 身長____cm 妊娠前体重____kg ①本日の血圧 ____ / ____ ②脈拍 ____ ③体重 ____ kg ①本日の尿蛋白( ) ②本日の尿糖( )	

妊娠分娩歴		今までの妊娠回数( )回		出産回数( )回		自然流産( )回(子宮外妊娠( )回)		中絶( )回		死産( )回		
回数	西暦 年/月/日	週数	性別	出生 体重 (g)	生死	経膈分娩 帝王切開 吸引・鉗子	陣痛 促進	分娩異常 妊娠高血・ヘルプ症 候群・大量出血・胎盤 早期剥離	新生児 異常	分娩施設	備考	
①	/ /											
②	/ /											
③	/ /											
④	/ /											

結婚歴 <input type="radio"/> 既婚 結婚年齢__歳( <input type="radio"/> 離別 <input type="radio"/> 死別 <input type="radio"/> 再婚) <input type="radio"/> 未婚 入籍予定 <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし その他( )	嗜好品 喫煙 妊娠前 <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 受動喫煙 <input type="radio"/> 能動喫煙(__本/日) 妊娠中 <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 受動喫煙 <input type="radio"/> 能動喫煙(__本/日) 飲酒 <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 機会飲酒 <input type="radio"/> ほぼ毎日(__ml/日)	家族歴 糖尿病 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有(続柄: _____) 高血圧 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有(続柄: _____) その他 遺伝性疾患・血液疾患など (_____)
夫/パートナー <input type="radio"/> 年齢 ____歳 <input type="radio"/> 職業 _____	分娩予定施設 <input type="radio"/> 愛育病院(田町) <input type="radio"/> 他院(施設名 or 県名 _____) <input type="radio"/> 迷い中	使用中内服薬 <input type="radio"/> アスピリン <input type="radio"/> チラージン( )μg サプリメント <input type="radio"/> 葉酸 (_____)
紹介状 <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> 本日受付提出 <input type="radio"/> 次回持参	乳がん検診 半年以内 <input type="radio"/> 未 <input type="radio"/> 済(20 / ) 異常 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有(詳細: _____)	子宮頸がん検診 半年以内 <input type="radio"/> 未 <input type="radio"/> 済(20 / ) 異常 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有(詳細: _____)

※ 診療に必要ですので、必ず全て記入して下さい。 2枚目もあります。

## &lt;今までにかかったこと・指摘されたことのある疾患について&gt;

母体基礎疾患 無 有

- 中枢神経系(含む脳血管疾患)  
呼吸器 (肺炎気管支炎喘息(最終発作\_\_\_\_\_歳)  
消化器 (虫垂炎)  
肝臓 (肝炎)  
腎・泌尿器 (腎炎 腎盂腎炎 膀胱炎)  
血液  
心 (心電図異常不整脈)  
甲状腺 (機能亢進機能低下橋本病)  
骨  
筋肉  
子宮 (子宮奇形子宮筋腫その他)  
付属器 (卵巣嚢腫卵管留水腫)  
外傷・中毒  
血液型不適合 Rh(-)  
自己免疫疾患  
本態性高血圧  
糖尿病  
精神疾患 (パニック障害躁うつ病摂食障害その他)  
その他

左でチェックされた病名・手術など詳細を記入して下さい。

## &lt;これまでの妊娠・出産で指摘されたことのある疾患について&gt;

産科既往歴 なし あり

- |                                 |                                  |                                  |
|---------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="radio"/> 切迫流産      | <input type="radio"/> 妊娠中性器出血    | <input type="radio"/> 切迫早産       |
| <input type="radio"/> 頸管長短縮     | <input type="radio"/> 頸管裂傷       | <input type="radio"/> 頸管無力症      |
| <input type="radio"/> 常位胎盤早期剥離  | <input type="radio"/> 頸管手術(LEEP) | <input type="radio"/> 頸管手術(円錐切除) |
| <input type="radio"/> 妊娠高血圧     | <input type="radio"/> 妊娠高血圧腎症    | <input type="radio"/> 37週未満の破水   |
| <input type="radio"/> 子宮内胎児発育不全 | <input type="radio"/> 前置胎盤       | <input type="radio"/> 肺塞栓        |
| <input type="radio"/> 生殖器感染症    | <input type="radio"/> 妊娠糖尿病      | <input type="radio"/> 死産         |
| <input type="radio"/> その他       |                                  |                                  |

詳細

## アレルギー情報

氏名： \_\_\_\_\_

- ・赤くなる
- ・腫れる
- ・蕁麻疹・唇が腫れる
- ・かゆくなる（耳・喉の奥がかゆい）
- ・口の中がヒリヒリする
- ・息苦しくなる

これまでに以下のものを使用したり食べた時に、上記のようなアレルギー症状を起こしたことがありますか？

			詳細記入してください
薬	抗生剤	○なし ○あり	
	造影剤	○なし ○あり	
	痛みどめ (ロキソニン・バファリンなど)	○なし ○あり	
	消毒薬(アルコール綿など)	○なし ○あり	
	その他		

物質	ラテックス	○なし ○あり	
	避妊具（コンドーム）	○なし ○あり	
	ゴム製手袋 (キッチン用・掃除用など)	○なし ○あり	
	金属	○なし ○あり	

食品	フルーツ類 (キウイ・マンゴー・バナナなど)	○なし ○あり	
	ナッツ類 (ピーナッツ・アーモンドなど)	○なし ○あり	
	野菜 (アボガド・ポテト・トマトなど)	○なし ○あり	

愛育クリニック用 2017/3

(愛育病院の受診時には、入院を考慮した問診票の記入が新たに必要になります。)